

Näönhuollon toimintamallin kehittäminen lyhytaikaishoitoon

Sosiaali- ja terveysalan ylempi
ammattikorkeakoulututkinto
Terveystieteiden koulutusohjelma
Optometrinen (ylempi amk)
Opinnäytetyö
Tammikuu 2008

Satu Autio

Koulutusohjelma		Tutkintonimike
Terveysten edistäminen		Optometrismi ylempi amk
Tekijä/Tekijät		
Satu Autio		
Työn nimi		
Näönhuollon toimintamallin kehittäminen lyhytaikaishoitoon		
Opinnäytetyö	Aika kevät 2008	Sivumäärä 50 + 7 liitettä
<p>TIIVISTELMÄ</p> <p>Tarkoitus: Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää näönhuollon toimintamalli ikääntyneiden lyhytaikaishoitoon. Toimintamallin tavoitteena oli parantaa toiminnallista näköä arjessa selviytymisen tueksi. Lähtökohtana oli havaitsemattomien näönheikkouksien löytäminen ja erityistä huomiota kiinnitettiin asiakaslähtöisyyteen sekä kokonaisvaltaiseen näönhuollon tarpeen arviointiin. Mallia kehitettiin optometristien ja hoitajien yhteistyönä, sovellettiin käytäntöön ja arvioitiin sen aikaansaamia vaikutuksia.</p> <p>Tutkimuksen kohderyhmä ja toimintaympäristö: Kohderyhmänä olivat lyhytaikaishoitoon saapuvat ikääntyneet asiakkaat. Lyhytaikaishoidolla tarkoitetaan lyhytaikaista kuntouttavaa hoitojaksoa, jonka jälkeen ikääntynyt palaa kotiin.</p> <p>Menetelmä: Kehittämistutkimuksen lähestymistapana oli kehittävä työntutkimus. Lähtötilanteen aineisto kerättiin haastattelemalla hoitajia (n=6), jonka lisäksi käytettiin valmiita dokumentteja. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä ja tulokset olivat lähtökohtana toimintamallin suunnittelulle. Näönhuollon ristiriitoihin kehitettiin toimintatapoja ja välineitä, joita toteutettiin ja analysoitiin. Lopputuloksena oli hoitajien ja optometristien yhteistyönä toteutettava näönhuollon toimintamalli, jota pilotoitiin neljän viikon ajan. Pilotointijakson aineisto kerättiin dokumentoimalla asiakastapaukset ja alkuhaastattelut, jotka analysoitiin sisällönanalyysillä.</p> <p>Tulokset: Lähtötilanteessa lyhytaikaishoidon asiakkaiden näönarviointi perustui haastatteluun ja hoitajan havaintoihin ja näön ongelmat asiakas hoiti hoitojakson jälkeen. Kehitetyn mallin jälkeen hoitajat selvittivät ikääntyneiden toiminnallista näköä mittaamalla ja strukturoidulla haastattelulla. Pilotointijakson aikana optometrismi teki tarvittaessa näön tutkimuksen (n=17). Näistä asiakkaista kolme kokivat toiminnallisen näön parantuneen näönkäytön ohjeistuksen jälkeen ja yhden näkömukavuus parani. Neljä asiakasta varasi silmälääkärinajan, joista yksi sai lähetteen kaihihoitoon. Optometrismi ohjeisti näköön liittyvissä asioissa ja teki apuvälineiden huollon tarvittaessa.</p> <p>Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet: Tämä tutkimus tuotti näönhuollon toimintamallin optometristien ja hoitajien väliseen yhteistyöhön. Malli vaikutti hoitamattomiin näönheikkouksiin vähentävästi ja toimintakykyä lisäävästi. Yhteiskehittely ja -toiminta terveyden edistämiseksi näön osalta lisäsivät hoitajien ja optometristien asiantuntemusta gerontologisessa näönhuollossa. Toimintamallin laajentaminen pitkäaikaishoitoon ja yhteistyöhön silmälääkärin kanssa vahvistaisivat ikääntyneen palvelutarpeeseen vastaamista.</p>		
Avainsanat		
näönhuolto, toimintamalli, lyhytaikaishoito		



Degree Programme in Health Promotion		Degree Master of Health Care in Optometry	
Author Satu Autio			
Title Action Model of the Vision Care for the Short-Term Care			
Master's Thesis	Date Spring 2008	Pages 50 + 7 Appendices	
<p>ABSTRACT</p> <p>The purpose of this study was to develop an action model of the vision care for the short-term care. Clients of short-term care were elderly who lived at home. The model based on finding untreated vision impairment and offering client-oriented services. Co-operation between optometrists and caregivers in the planning, implementation and assessment of the model were emphasised.</p> <p>The development approach was activity theory and developmental work research. In the initial phase, the data was collected by interviews (n=6) and documents which were analyzed by content analysis. The planning phase was based on the discrepancy analysis. For the vision care optometrists and caregivers planned action modes and tools, which were introduced and analyzed. In the final phase the action model was implemented during four weeks. Client cases were documented and analyzed by content analysis.</p> <p>In the initial stage the vision assessment was based on interview and observations made by caregivers. According to new model the caregivers assessed functional vision by measuring it and with structured interview. Optometrist examined vision (n=17) if needed. Three participants experienced better functional vision and four participants decided to see ophthalmologist.</p> <p>This research produced action model that decreased untreated vision impairment and increased functional vision. Further research is needed to transfer action model for long-term care and enhance co-operation with ophthalmologist.</p>			
Keywords vision care, action model, short-term care			

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TEHTÄVÄT	3
3 TOIMINTAYMPÄRISTÖ JA TUTKIMUKSEN KOHDERYHMÄ	3
3 KEHITTÄMISTÄ OHJAAVAT TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	4
3.1 Gerontologinen optometria	4
3.1.1 Näönheikkouksien ja korjaamattoman näön yleisyys	6
3.1.2 Heikentyneen näön vaikutus toimintakykyyn	9
3.1.3 Heikentyneen näön yhteys kaatumisiin ja masentuneisuuteen	10
3.2 Terveyspalveluiden kehittäminen	12
3.2.1 Terveysten edistämisen toimintamallit	12
3.2.2 Prosessit palveluiden kehittämiseen	15
3.2.3 Asiakaslähtöisyys toiminnan lähtökohtana	16
4 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTTAMINEN	18
4.1 Kehittävä työntutkimus	18
4.2 Aineiston keruu ja analysointi	22
4.2.1 Muut tutkimukset hankkeessa	22
4.2.2 Alkutila-analyysi	22
4.2.3 Kehittämisprosessi	23
4.2.4 Pilotointijakso	24
5 TUTKIMUSTULOKSET	25
5.1 Lyhytaikaishoidon näönhuollon toiminta lähtötilanteena ennen toimintamallin kehittämistä	25
5.1.1 Näönhuolto toiminnan kohteena	26
5.1.2 Toiminnan ristiriitoja	29
5.2 Työn laadulliset muutokset näönhuollossa toimintamallin suunnittelu- ja pilotointijakson aikana.	30
5.2.1 Yhteiskehittely	30
5.2.2 Työnjako	34
5.3 Toimintamallin yhteys terveyttä edistäviin päätöksiin ja näköön liittyvään toimintakykyyn	38
6 JOHTOPÄÄTÖKSET	40
7 POHDINTA	41
7.1 Luotettavuus	41
7.2 Eettiset kysymykset	43
7.3 Kehittämisehdotukset	44
LÄHTEET	46
LIITTEET 1-7	

1 JOHDANTO

Vanhuspolitiikassa ja palvelujen järjestämisessä on toimintakyvyn säilymiseen ja mahdollisimman pitkään kotona asumiseen kiinnitetty enemmän huomiota, sillä ikääntyneiden määrä ja osuus väestöstä kasvaa nopeasti. Väestömuutokseen pyritään vastaamaan tehokkailla terveyden edistämisen strategioilla, mikä tarkoittaa uusien toimintatapojen ja työnjaollisten keinojen etsimistä. Ikääntyneiden terveyden edistämisen suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa on erityisen tärkeää nähdä terveys ja toimintakyky laajasti. Toimintakyvyn laskuun on puututtava mahdollisimman varhain, mutta myös ennaltaehkäisevät toimenpiteet ovat syytä ulottaa vanhuuteen. Perustavoitteena pidetään ikääntyneen aktiivista osallistumista omaan hoitoonsa. Ensisijaisena asumismuotona pidetään omaa kotia, jonka tueksi tarvitaan asiakaslähtöisiä tuki- ja hoitopalveluja. Palveluiden tulisi vastata ikääntyneen tarpeisiin joustavasti ja yksilöllisesti ja niiden saatavuus pitäisi turvata. (Lehto 2007: 13-20; STM 2006: 2-6; Voutilainen – Heinola 2006: 68-69.)

Toiminnan vajavuuksista aistitoimintojen heikkeneminen on riskitekijä, joka ennakoi toimintakyvyn heikkenemistä. Erityisesti näön heikkouksilla on merkittävä vaikutus toimintakykyä alentavana tekijänä. (Laukkanen 1998: 67; Lupsakko 2004: 40.) Toimintakyvyn heiketessä avun- ja palveluntarve kasvaa ja riski joutua laitoshoidon lisäantyy. Lisäksi masentuneisuutta ja lonkkamurtumia tavataan enemmän ikääntyneillä, joilla on heikentynyt näkö verrattuna hyvän näön omaaviin. Kaatumisvammojen, etenkin murtumien, hoitojen kustannukset ovat suuret ja iäkkäät kuntoutuvat vammautumisen jälkeen hitaammin kuin keski-ikäiset. (Lupsakko 2004: 40–42.) Hyvä näönhuolto ilman pitkähköä jonotusta ja ympäristön esteettömyys sekä hyvä valaistus kuuluvat tärkeimpiin ikääntyneiden kaatumistapaturmien ehkäisyjen keinoihin. (Kivelä 2006: 23).

Näön heikentyminen on ikään liittyvä tekijä. Selvästi toimintakykyä alentavan näönheikkouden esiintyvyys Suomessa on noin 20 % 75 vuotta täyttäneillä ja noin 30 % 85-vuotiailla ja sitä vanhemmilla. (Laitinen - Koskinen - Härkänen - Reunanen - Laatikainen - Aromaa 2005: 2227-2237; Lupsakko 2004: 38.) Tutkimusten mukaan näön heikentymistä, mikä korjaantuisi merkittävästi ajanmukaisilla silmälaseilla, esiintyy 7-34 prosentilla ikääntyneistä (Evans – Rowlands 2004: 171–172).

Hoitolaitoksissa asuvilla ikääntyneillä hoitamattomien näönheikkouksien esiintyvyys on vieläkin yleisempää verrattuna kotona asuviin (Donati - Braun - Christiaen 2005: 100-104; Lupsakko 2004: 44). Hoitamattomien näköhaittojen suuri esiintyvyys osoittaa palvelurakenteen heikkouden ja organisaatiolähtöisyyden. Ikääntyneille on tarjolla samoja näönhuollon palveluja, kuin muille kansalaisille, vaikka voimavarojen vähentyminen vaikeuttaa palveluiden käyttöä. Toisin kuin muun väestön, ikääntyneille suunnattujen näönseulontojen vaikutus on osoitettu tehottomaksi keinoksi parantaa tilannetta (Eekhof - De Bock - Schaapveld - Springer 2000: 329-333; Smeeth - Fletcher - Hanciles - Evans - Wormald 2003: 1027; Smeeth - Iliffe 2006). Iäkkäiden näönhuollon parantamiseksi on etsittävä uusia keinoja ja toimintatapoja, jotka edistävät heikentyneen näön havaitsemista ja helpottavat näönhuoltopalvelujen saamista.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää asiakaslähtöinen näönhuollon toimintamalli ikääntyneiden lyhytaikaishoitoon. Kehittämällä toimintamalli hoitajien ja optometristien väliseen yhteistyöhön pyrittiin ylläpitämään ja parantamaan ikääntyvien toiminnallista näköä. Teoriaosuudessa selvitettiin näönheikkouksien yleisyyttä ja niiden vaikutuksia toimintakykyyn, kaatumisiin ja masentuneisuuteen. Lisäksi selvitettiin aikaisemmin kehitettyjä toimintamalleja ikääntyneiden terveyden edistämiseksi, palveluiden prosessikuvausta sekä asiakaslähtöisyyden käsitettä. Kehittämisprosessissa edettiin kehittävän työntutkimuksen otteella kartoittamalla lähtötilanteen näönhuolto. Havaittuihin ristiriitoihin haettiin ratkaisuja, joita vietiin vähitellen käytäntöön. Näiden osaratkaisujen kautta muotoutui toimintamalli, jota pilotoitiin neljän viikon ajan hoitoyksikössä. Toimintamallin vaikutuksia arvioitiin näköön liittyvään toimintakykyyn ja terveyttä edistävien päätösten osalta.

Opinnäytetyö liittyi gerontologisen optometrian osahankkeeseen, joka oli osa Helsingin ammattikorkeakoulussa Stadiassa toteutettavaa laajempaa kehittämishanketta Työn organisointi ja työnjako terveydenhuollon erityisaloilla. Tavoitteena oli uudenlaisten toimintatapojen tuottaminen sekä työn organisoinnissa ja työnjaossa ilmenevien muutosten arviointi. (Grönroos 2006: 2-3.) Toimintamallin kehittämiseen osallistuivat Stadian optometrian koulutusohjelman opiskelijoita, Pakilakodin lyhytaikaishoidon 1A hoitohenkilökunta ja asiakkaat.

2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TEHTÄVÄT

Tarkoituksena on kehittää hoitohenkilökunnan ja optometristien väliseen yhteistyöhön toimintamalli, jonka avulla tuetaan ikääntyneen toiminnallista näköä. Erityistä huomiota kiinnitetään hoitamattomien näön alenemien havaitsemiseen. Palveluiden suunnittelussa ja toteutuksessa pyritään asiakaslähtöisyyteen ja kokonaisvaltaiseen näönhuoltoon tarpeen arviointiin. Uuden toimintamallin tavoitteena on tukea ikääntyneen arjessa selviytymistä.

Tehtävät:

1. Kuvata lyhytaikaishoidon näönhuollon toimintaa lähtötilanteessa ennen toimintamallin kehittämistä.
2. Kuvata työn laadullisia muutoksia näönhuollon toimintamallin suunnittelu- ja pilotointivaiheessa.
3. Arvioida kehitetyn toimintamallin yhteyttä näköön liittyvään toimintakykyyn ja terveyttä edistäviin ratkaisuihin.

3 TOIMINTAYMPÄRISTÖ JA TUTKIMUKSEN KOHDERYHMÄ

Näönhuollon toiminnan kehittämisympäristönä oli Helsingin Seniorisäätiön Pakilankodin lyhytaikaishoidon 1A-osasto. Lyhytaikaishoidolla tarkoitettiin kotona asuvalle ikääntyneelle henkilölle järjestettävää lyhyttä kuntouttavaa hoitojaksoa ympärivuorokautisen hoidon yksikössä. Hoitojakson pituus oli viikosta kahteen viikkoon, mikä arvioitiin asiakaskohtaisesti. Hoitoon tulon syynä oli useimmiten omaishoitajan tai muiden omaisten tarvitsema lepo sekä leikkauksen tai sairaalajakson jälkeinen jatkokuntoutusaika ennen kotiutumista tai palvelutaloon siirtymistä. Hoidossa huomioitiin asiakkaan omat toiveet ja odotukset, joita usein olivat lepo tai sosiaalisten kontaktien hakeminen. Useat asiakkaista olivat periodi- eli intervallihoidossa, mikä

tarkoitti esimerkiksi säännöllistä kahden viikon hoitoaikaa ja kahden viikon kotona asumista. Hoitojaksolla oli korkeintaan neljätoista asiakasta, joille hoidon osti Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Osaston asiakkaat olivat keskimäärin 82-vuotiaita ja liikuntarajoitteisia henkilöitä ja liikkumisen apuvälineinä he käyttivät kävelykeppiä, rollaattoria tai pyörätuolia. Lyhytaikaishoitoon pääsyn kriteerien tiukentuessa hoitoon saapui yhä heikompikuntoisia, joten esimerkiksi pyörätuoliasiakkaiden osuus oli suurentunut. Dementoituneita varten perustettiin oma osasto vuoden 2006 alussa, jonka jälkeen 1A:n asiakaskunnasta jäivät pois vaikeasti muistihäiriöiset.

Osastolla oli töissä kymmenen hoitajaa, joiden työkokemus 1A -osastolla vaihteli vuodesta kymmeneen vuoteen. Muuta työkokemusta heille oli kertynyt esimerkiksi kotihoidosta, fysioterapiasta ja kuntoutuksesta. Hoitajien ammattinimikkeet olivat sairaanhoitaja, fysioterapeutti, lähi- ja perushoitaja. Kaikki osastolla työskentelevät osallistuivat hoitamiseen, mutta työnjakoa määritti myös huonekohtainen omahoitajamalli. Mallin mukaisesti hoitajalla oli noin kolme omaa asiakasta, joiden erityistarpeita hän hoiti. Päivittäinen perushoitotyö oli aamutoimissa auttaminen parina tai yksin, päivittäisissä arkirutiineissa kuten suihkussa, WC-käynnissä ja ruokailussa auttaminen, viriketoiminnan järjestämistä, kävelyttäminen, verenpaineen ja verensokerin mittaukset ja haavahoidot.

3 KEHITTÄMISTÄ OHJAAVAT TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

3.1 Gerontologinen optometria

Gerontologisella optometrialla tarkoitetaan kaikkia niitä toimia, joilla optikko voi parantaa iäkkään henkilön toiminnallista näköä (Pirilä 2006a: 2). Ikääntyneen näönhuolto vaatii tietoa heille sopivista näönkorjausratkaisuista sekä iän, sairauksien ja lääkityksen vaikutuksista näkemiseen. Lisäksi tarvitaan taitoa toimia asiakkaiden kanssa, joilla usein on muitakin sairauksia ja fyysisten toimintojen vajautta. Dementia, heikko kuulo ja liikkumisen vaikeudet asettavat erityisiä vaatimuksia ikääntyneen

henkilön näön tutkimisessa ja näön käytön ohjaamisessa. (Swanson 2006: 1579-1584; Weddell 2003: 31-34.)

Toiminnallinen näkö kuvaa henkilön kykyä selviytyä näköön liittyvistä tehtävistä. Se on sidoksissa näön toimintaan, mikä tarkoittaa silmän ja näköjärjestelmän toimintaa. Toiminnallista näköä voidaan parantaa silmä- ja piilolasien sekä muiden optisten apuvälineiden avulla, niiden huollolla ja käytön ohjaamisella. Ikääntyneiden yleisin optinen apuväline on silmälasit. Niiden avulla korjataan silmän taittovirheitä ja heikentyneen mukautumiskyvyn eli akkommodaation aiheuttamia puutteita. Seuraavaksi yleisin apuväline on suurennuslasi, jonka avulla lukeminen helpottuu. Heikentynyt näkö ja näkökenttäpuutokset vaikeuttavat toimimista kotona. Asunnon esteettömyydellä sekä valaistuksen ja kontrastien avulla helpotetaan liikkumista ja tavaroiden paikallistamista. Näönkäytön ohjauksella pyritään vähentämään alentuneen näön vaikutusta taitoon ja kykyyn hallita näköä vaativia tehtäviä. (Colenbrander 2005: 482–486; Watson 2001: 317-330.)

Optikko ei saa määrätä itsenäisesti silmälaseja ikääntyneille, joille on tehty silmiin kohdistuva leikkaus, todettu silmänsairaus tai epäily siitä (Asetus 564/1994). Silmänsairaudet yleistyvät iän myötä ja esimerkiksi kaihin tai kaihi-leikkauksen esiintyvyys ruotsalaisessa satunnaistetussa tutkimuksessa (n=565) 70-84-vuotiailla naisilla oli 48 % ja miehillä 24 % (Östberg – Löth – Gustafson – Lindblom 2006: 973). Optometristin tehtävät ikääntyneen näöntutkimuksissa painottuvat hoitamattomien silmänsairauksien ja korjaamattomat taittovirheiden havaitsemiseen. Mahdollisimman aikainen silmänsairauksien hoito parantaa usein hoidon ennustetta ja vähentää riskiä saada pysyvä näönmenetys.

Arvioitaessa näönhuollon vaikuttavuutta, ei mittarina voida käyttää yksinomaan näön toimintaa kuvaavia mittauksia, joista käytetyin ja helpoin on korkeakontrastisen näöntarkkuuden mittaaminen. Näön toiminta ei kerro, kuinka hyvin henkilö suoriutuu näköä vaativista tehtävistä, sillä näöntarkkuuden muutoksella saattaa olla yksilötasolla hyvin erilainen vaikutus toimintakykyyn. Näönhuollon interventioiden vaikuttavuutta arvioitaessa on mitattava muutoksia toiminnallisessa näössä. Arviointiin on kehitetty monia mittareita erilaiseen tarkoitukseen, esimerkiksi luku- tai liikkumiskyvyn mittauksia sekä kyselykaavakkeita. (Colenbrander 2005: 486.) Kehitettyjen

kyselykaavakkeiden eli mittareiden avulla arvioidaan, joko yleisimpiä näköön liittyviä toimintoja, tai näön yhteyttä mielialaan ja riippuvuuteen ulkopuolisesta avusta. Näköön liittyvien toimintojen vaikeutta mittaava VF-14 (Visual Function) suunniteltiin alun perin kaihipotilaiden elämänlaatua kuvaavaksi mittariksi ja siitä on Suomessa silmälääkäreiden käytössä lyhennetty VF-7 versio. (Pager 2004: 2512; Uusitalo - Brans - Cand - Pessi - Tarkkanen 1999: 991-992.) Toinen yleisesti käytetty mittari on NEI-VFQ-25, jossa selvitetään näön aleneman aiheuttaman toiminnallisten haittojen esiintyvyyden lisäksi sosiaalisten kontaktien vähentymistä, toisille aiheutetun vaivan tunnetta, henkistä hyvinvointia sekä ongelmia omassa asemassa. (Massof - Rubin 2001: 540; Owsley - McGwin 2004: 2259-2264.)

3.1.1 Näönheikkouksien ja korjaamattoman näön yleisyys

Heikentyneen näön ja korjaamattomien taittovirheiden yleisyydestä oli useita tutkimuksia, joiden kriteerit ja mittaustavat vaihtelevat. Tutkimuksissa mitattiin näöntarkkuus joko omilla laseilla, parhaalla lasikorjauksella tai pinhollen eli reikälinssin avulla ja näöntarkkuusrajat vaihtelivat. Tästä syystä vertailu eri tutkimusten välillä oli hankalaa. Aikaisemmin tehty systemaattinen kirjallisuuskatsaus sisälsi usein siteeratut laajat tutkimukset Isossa-Britanniassa, Australiassa ja USA:ssa. Taulukkoon 1 koottiin tästä katsauksesta merkittävimmät otoksen laajuuden ja tutkittavien ikä huomioon ottaen. Tämän opinnäytetyön kirjallisuuskatsaukseen lisättiin uudempia eurooppalaisia tutkimuksia sisältäen kaksi suomalaista tutkimusta.

Aikaisemman kirjallisuuskatsauksen perusteella heikentyneen näön ($v \leq 0.5$) esiintyvyys oli 10 % 65-75-vuotiaiden ja 20 % 75 vuotta ja sitä vanhempien keskuudessa. Klein ym. mukaan laitosasuminen lisäsi heikkonäköisyyden esiintyvyyttä 3,3 kertaa suuremmaksi. Heikentyneen näön omaavista jopa 20-50 % oli tapauksia, joiden näköongelmia ei oltu aikaisemmin havaittu. Suurimmalle osalle ajanmukaiset silmälasit tai kaihileikkaus olisivat parantaneet näköä merkittävästi. Ikääntyneen väestön näön heikkouksista saataisiin parannettua 7-34 % tapauksista pelkästään asianmukaisilla silmälaseilla. (Evans - Rowlands 2004: 161-180.)

TAULUKKO 1. Heikentyneen näön yleisyys.

* Paras korjattu näöntarkkuus ** Käytössä olevat silmälasit

Tutkimus	Maa tai kaupunki ja vuosi	Ikä	Tutkittavien määrä	$v < 0,1$ WHO:n mukaan sokea (%)	$v \leq 0,1$ Amerikkalaisen kriteerin mukaan sokea (%)	$v < 0,3$ WHO:n mukaan heikkonäköinen (%)	$v < 0,5$ Amerikkalaisen kriteerin mukaan heikkonäköinen (%)	$v \leq 0,5$ (%)	$v \geq 0,5$ (%)
Kirjallisuus-katsaus: Evans Bruce J. W. ja Rowlands G. (2003)	Australia, Beaver Dam Eye Study 1991 (Klein ym.)*	≥ 75	Yhteensä 4926 ikävuodet 43-86		2,0			21,1	
	Lontoo 1992 (Wormald ym.)**	≥ 65	207	1	3,9	7,7	10,6		
	Iso Britannia 2000 (Van der Pols)	≥ 65	1362			14,3			
	Iso Britannia, MRC, 2002 (Evans ym.)**	≥ 75	14 600			12,0	19,9		
Laitinen A. ym.	Suomi 2005**	65-74 75-84 85+	841 604 218	0,5 2,1 10,7		2,3 7,3 29,8			94,0 81,4 46,4
Lupsakko T.	Kuopio 2004**	≥ 75	601			20			
Buch H. ym.	Kööpenhamina 2000*	65-84 80-84	Yhteensä 9980 ikävuodet 20-85		0,53		2,24 8,29		
Donati ym.	Geneve 2005*	k.a. 86	96	16,7		28,1	0,3 < v < 0,8 44,9	$v \geq 0,8$ 9,4	

Suomalaisessa väestötutkimuksessa Terveys 2000 selvitettiin yli 65 -vuotiaiden (n=1663) näöntarkkuuksien lisäksi tutkittavien oma arvio toiminnallisesta näöstä. Kauko- ja lähinäöntarkkuus mitattiin käytössä olevilla laseilla ja heille esitettiin kysymyksiä näkemiseen liittyvistä asioista kuten silmäsairauksista ja näön aiheuttamista toiminnallisuuden heikkouksista. Näöntarkkuusluokat jaettiin hyvään ($\geq 0,8$), melko hyvään ($\geq 0,5$), heikkonäköisyyteen ($0,1 < v \leq 0,25$) ja sokeuteen ($v < 0,1$). Heikkonäköisyyttä ja sokeutta esiintyi 75-vuotiailla ja sitä vanhemmilla 11,8 %. 75-84-vuotiaista tutkittavista hyvän näön omasi ainoastaan 46 % ja sitä vanhemmista 14,6 %. Voimakas näön heikkeneminen iän myötä ilmeni vielä vanhempien keskuudessa. 85-vuotiailla ja sitä vanhemmilla heikkonäköisyyttä esiintyi noin 30 % ja sokeutta 11 %. Näön heikkouksien yleisyydellä miesten ja naisten välillä ei ollut tilastollista merkittävyyttä. (Laitinen ym. 2005: 2227-2237.)

Kuopiossa tehtiin laaja suomalainen senioriväestötutkimus, jossa selvitettiin 75-vuotiaiden ja sitä vanhempien terveydentilaa, toimintakykyä, palveluiden käyttöä ja sosiaalisia taustatekijöitä. Tutkituilta testattiin kauko- ja lähinäkö omilla laseilla korjattuna normaalissa valaistuksessa. Tutkimuksessa käytettiin termiä toiminnallinen näköhaitta, mikä vastaa WHO:n määrittelyä heikkonäköisyydestä ($v < 0,3$). Näköhaitta todettiin 20 % ikääntyneistä, mikä vastaa aikaisempien tutkimusten tuloksia. Yhdistetyn kuulo- ja näköhaitan osuus oli 7 % ja se esiintyminen oli huomattavasti yleisempää yli 85-vuotiailla. Niistä, joilla oli toiminnallinen näköhaitta eli näkövaikeuksia käytössä olevista silmälaseista huolimatta, vain puolet oli saanut silmälääkärin hoitoa 3-4 vuoden seuranta-aikana. Näköhaitta jäi muita useammin hoitamatta dementoituneilla, laitoshoidossa olevilla ja toimintakyvyltään heikentyneillä. Hoitoa saaneista noin puolella näkö oli merkittävästi korjautunut kaihi-leikkauksella tai uusilla silmälaseilla. (Lupsakko 2004: 31-44.)

Tanskalaisessa väestötutkimuksessa (n=9980) tutkittiin Kööpenhaminalaisten aikuisten näönheikkouksien yleisyys ja heikkenemisen pääsyyt. Haastattelemalla selvitettiin tutkittavien oma käsitys näön heikkoudesta ja sen perusteella pyydettiin tutkittavien näöntarkastustietoja, jossa määriteltiin paras lasikorjaus ja mitattu näöntarkkuus korjauksella. 65-84-vuotiailla heikentyntä näköä ($0,1 < v < 0,5$) esiintyi 2,24 % ja 80-84-vuotiailla 8,29 %. 65-84-vuotiaiden selvästi yleisimmät syyt näön heikkenemiseen olivat kaihi (39,7 %) ja silmänpohjan ikärappeuma (36,3 %). Kaihi-leikkausten arvioitiin parantavan näköä kolmasosalla ikääntyneistä. Tutkimustulokset näön heikkouksien yleisyydestä ovat pienempiä kuin aikaisemmissa tutkimuksissa. Tutkimuksen luotettavuuteen saattoi vaikuttaa itsearviointimenetelmä, jonka perusteella tutkittavat valittiin jatkoselvitykseen. Eroja naisten ja miesten välillä ei heikkouksien yleisyydessä havaittu. (Buch - Vinding - la Cour - Appleyard - Jensen - Nielsen 2004. 53-57.)

Sveitsiläisessä hoitokodissa tehty tutkimus osoitti laitostuneiden ikääntyvien näönheikkouksien suuremman yleisyyden. Yli 85-vuotiaista yli puolella oli näkö heikko tai erittäin heikko. Kontrastiherkkyys oli heikentynyt 41 % tutkittavista. Hyvän näöntarkkuuden omaavista 30 % oli merkittävä kontrastiherkkyuden alenema. Yleisimmän silmäsairauden kaihin esiintyvyys oli 39 %. Ikääntyneistä 30 % kokivat näkönsä huonoksi ja 12 % oli huolissaan omasta näöstään. Tutkittavista 55 % arvioivat

näkönsä hyväksi, vaikka heidän näöntarkkuutensa oli alle 0,3 eli heidät luokiteltiin WHO:n mukaan heikkonäköiseksi. (Donati ym. 2005: 100-104.)

3.1.2 Heikentyneen näön vaikutus toimintakykyyn

Heikentyneen näön vaikutus ikääntyneen toimintakykyyn alentavasti todettiin useissa tutkimuksissa. Itsenäinen arjen askareista selviytyminen vaikeutui ja avuntarve kasvoi näön heikkenemisen myötä. Päivittäinen toiminta hankaloitui etenkin silloin, kun lisänä oli jokin muu sairaus tai heikkous. Tutkimus kuopiolaisista ikääntyneistä osoitti yhdistetyn kuulo-näköhaitan aiheuttavan ongelmia pukeutumisessa, peseytymisessä ja aterioinnissa, ruuan valmistuksessa, kaupassa käynnissä ja siivoamisessa. (Lupsakko 2004: 40-42.) Masennus, diabetes ja lannemurtuma yhdessä heikentyneen näön kanssa aiheuttivat selvästi toiminnallista vaikeutta enemmän kuin jokin sairauksista yksinään. Esimerkiksi vaikeudet peseytymisessä, ruuan valmistuksessa, ostosten teossa ja liikkumisessa olivat samaa luokkaa, jos tutkittavalla oli heikentynyt näkö tai masennus. Vaikeuksien esiintyvyys oli tällöin 2,9-4,0 kertaa suurempi verrattuna tutkittaviin, joilla ei ollut masennusta tai heikentynyttä näköä. Jos taas henkilöllä esiintyi molemmat edellä mainituista, oli ongelmien esiintyvyys 5,6-8,3 kertaa suurempi. (Crews - Valluru - Campbell 2005: 375-379.)

Sloan ym. tutkivat näön yhteyttä toiminnalliseen kykyyn kotona asuvien ikääntyvien (n=6234) keskuudessa. Pitkittäistutkimuksessa arvioitiin toimintakyky ja kysyttiin itsearvioitu näkökyky neljä kertaa seitsemän vuoden ajan. Kaukonäön heikentymisen kokemus vaikutti merkitsevästi kykyyn kävellä huoneen poikki, valmistaa ruoka, käyttää puhelinta ja käsitellä rahaa. Lähinäön heikkenemisellä ja huoneen poikki kävelyllä, pukeutumisella, WC:ssä käynnillä sekä päivittäistoiminnoista selviytymisellä oli myös tilastollisesti merkittävä yhteys. (Sloan - Östermann - Brown - Lee 2005: 618e1-618.e12.)

Parhaalla korjatulla näöntarkkuudella ja toiminnallisella näöllä todettiin olevan merkittävä yhteys. Henkilöitä, joiden yhden tai molempien silmien näöntarkkuus oli 0,5 tai heikompi (n=325), haastateltiin VF-14 kyselyn mukaisesti. Kun paremman silmän näöntarkkuus aleni, heikkeni myös VF-14 kyselyn tulos. Toiminnallisen näön

heikentyminen oli suurinta, kun näöntarkkuus heikkeni 0,4:stä 0,2:een tai sormenluvusta valon ja liikkeen tajuun. Tutkittavilta kysyttiin myös tarjousta tulevista elinvuosistaan, josta he olisivat valmiit luopumaan saadakseen takaisin täydellisen näön. Kaupankäynti elinvuosista osoitti näönheikkouden merkityksen henkilölle. Kun näöntarkkuus oli 0,5, tutkittavat olivat valmiit luopumaan keskimäärin kahdesta vuodesta jokaista kymmentä elinvuottaan kohden. Tutkittavat, joiden näkö oli sormenlukua, olivat keskimäärin valmiit luopumaan viidestä elinvuodestaan kymmentä vuotta kohden. (Brown 1999: 473-511.)

Molempien silmien sekä toispuoleisen näön heikkouden ($v < 0,5$) aiheuttamia toiminnallisia ongelmia verrattiin normaalin näön omaaviin yli 40-vuotiaiden henkilöiden keskuudessa ($n=2530$). Korjattavissa oleva molemmin puoleinen näön alenema aiheutti 3-9 kertaa suuremman riskin kokea ongelmia lukemisessa, TV:n katselussa ja kasvojen tunnistamisessa. Jos näön alenema ei ollut korjattavissa, oli riski 7-41 kertaa suurempi edellä mainituissa toiminnoissa ja lisäksi riski joutua riippuvaiseksi ulkopuolisen tarjoamista erityyppisistä avuista sekä kokea ongelmia tunne-elämässä kasvoivat 3-12 kertaa suuremmaksi. Toispuoleinen pysyvä näön alenema aiheutti 2,8 kertaa suuremman riskin kaatua kodin ulkopuolella, 3-7,5 kertaa suuremman riskin joutua ulkopuolisen avun varaan ja 2-5 kertaa suuremman riskin kokea ongelmia näköön liittyvissä toiminnoissa. (Vu - Keeffe – McCarty – Taylor 2005: 360-363.)

3.1.3 Heikentyneen näön yhteys kaatumisiin ja masentuneisuuteen

Ikääntyneiden kaatumiseen johtaneita todennäköisiä syitä on monia. Näön alenemaa pidettiin suoraan ja välillisesti vaikuttavana riskitekijänä kaatumisiin. Näön heikkoudet alensivat toimintakykyä, mutta myös vähensivät aktiivista liikkumista, jolloin kunto ja lihakset heikkenivät. (Myers – Young – Langlois: 1996: 87S-101S.) The Beaver Dam eye -tutkimus selvitti 43-86-vuotiaiden ($n=3722$) näön toiminnan yhteyttä muun muassa kaatumisiin ja murtumien esiintymiseen. Tutkittavilta mitattiin molempien silmien näöntarkkuus olemassa olevilla laseilla, paras korjattu kauko- ja lähinäöntarkkuus, kontrastiherkkyys sekä havaintoherkkyys näkökentän eri osissa. Kaikilla mitatuilla näön osa-alueilla oli yhteys kaatumisiin. Kaatumisriskin arvioitiin olevan kaksinkertainen

heikkonäköisillä verrattuna normaalin näön omaaviin. (Klein – Moss – Klein – Lee – Cruickshanks 2003: 644-650.) Pitkittäistutkimuksessa, jossa tutkittavat olivat 65-vuotiaita tai vanhempia naisia, osoitettiin myös näöntarkkuuden heikentymisellä olevan itsenäisesti yhteys kaatumisiin. Näöntarkkuudet mitattiin noin viiden vuoden jälkeen lähtömittauksista olemassa olevilla laseilla. Kun näöntarkkuus oli heikentynyt merkittävästi eli yli kaksi riviä, riski masennukseen kasvoi 1,85-2,51 kertaa suuremmaksi verrattuna tutkittaviin, joilla heikentymistä ei ollut tapahtunut. (Coleman ym. 2004: 857-862.) The Beaver Dam eye –tutkimuksen mukaan näöntarkkuuksilla kauas ja lähelle oli myös yhteys murtumien esiintyvyyteen. (Klein ym. 2003: 644-650.) Yhteys osoitettiin myös tutkimuksessa, jossa tutkittavat olivat kotona asuvia naisia (n=7575), joiden keski-ikä oli 85,5 vuotta. Kun iän vaikutus oli huomioitu, alentuneen kaukonäöntarkkuuden ($v \leq 0,4$) todettiin aiheuttavan lähes kaksinkertaisen riskin saada kaatumisen aiheuttama lannemurtuma. (Dargent-Molina ym. 1996: 145-149.)

Masennus on tila, joka heikentää elämän laatua ja ikääntyneillä siihen liittyy monesti näön heikkous (Heikkinen – Kauppinen 2004: 239-250). Tutkimus 60-vuotiaiden ja sitä vanhempien (n=6342) keskuudessa osoitti, että näkemisen eri osa-alueista kaukonäöllä ja näkökentillä oli yhteys masennukseen. Myös näön aiheuttamilla ongelmilla koskien henkistä hyvinvointia, omaa asemaa ja itsenäisyyttä oli merkittävä yhteys masennukseen. (Owsley ym. 2004: 2259-2264.) Laajan (n=13 900) brittiläisen MRC -tutkimuksen mukaan 75-vuotiaiden ja sitä vanhempien keskuudessa masennusta esiintyi heikon näön omaavilla 13,5 % ja normaalin näön omaavilla 4,6 %. Esiintyvyys oli suurempi, jos näköongelman aiheuttajaa ei tiedetty (17,1 %) ja vähiten esiintyvyyttä oli korjaamattoman näön omaavien keskuudessa (9,8 %). (Evans – Fletcher – Wormald 2007: 283-288.) Kaikkein vanhimpien keskuudessa heikentynyt näkö ei sen sijaan lisännyt masennuksen esiintyvyyttä (Stek – Gussekloo – Beekman – van Tilburg – Westendorp 2004: 193-200). Riski masennukseen oli erityisen suuri, kun näköhaittaan yhdistyi kuulon heikkous. Kaihileikkauksen jälkeisestä masennuksen vähenemisestä oli ristiriitaisia tuloksia. Masennuksen lisäksi Livingston ym. arvioivat yli 65-vuotiailla ja sitä vanhemmilla vainoharhaisuusoireet ja havaitsemishäiriöiden esiintyvän 2,8 kertaa useammin heikentyneen näön omaavilla henkilöillä. (Evans - Rowlands 2004: 163.) Lisäksi yksinäisyyden kokemus sekä heikentynyt uni, heräämiset yön aikana ja sen jälkeiset nukahtamisvaikeudet olivat heikkonäköisillä yleisempiä (Asplund 2000: 7-15; Savikko – Routasalo – Tilvis – Strandberg – Pitkälä 2005: 223-233).

3.2 Terveyspalveluiden kehittäminen

3.2.1 Terveysten edistämisen toimintamallit

Terveysten edistämisen on kolme lähestymistapaa: mahdollisuuksien luominen, muutokseen tähtäävä toiminta sekä terveyttä suojaavien ja vahvistavien tekijöiden ylläpito jo saavutetulla tasolla. Promootio tarkoittaa vaikuttamista ennen ongelmien ja sairauksien syntyä. Promootionäkökulmasta terveyden edistämisen tehtävänä on ylläpitää ja vahvistaa terveyttä suojaavia tekijöitä luomalla oloja ja kokemuksia, jotka tukevat ja auttavat yksilöä ja yhteisöä selviytymään. Keinoja ovat esimerkiksi päätöksiin ja yleiseen mielipiteeseen vaikuttaminen. Preventiivinen lähestymistapa tarkoittaa sairauksien ehkäisyn näkökulmaa ja se on usein ongelmalähtöistä. Primääriprevenio on sairauksien ehkäisevää toimintaa ja sairauksien riskitekijöiden vähentämistä, sekä palvelutarpeen myöhentämistä. Sekundääriprevenio avulla estetään sairauksien paheneminen vähentämällä riskitekijöiden vaikutusta. Toimintakyvyn heikkeneminen pyritään estämään ja mieluummin jopa palauttamaan. Keinona terveysongelmien varhaiseen toteamiseen on esimerkiksi terveyteen liittyvä ohjaus ja seulonnat. Erityisesti kuntoutuksella, tekniikan hyväksikäytöllä ja erilaisin palveluin voidaan siirtää laitoshoidon tarvetta ja edistää kotona selviytymisen mahdollisuuksia. Kuntoutus tai hoito tulisi tavoitteiden saavuttamiseksi antaa jo varhaisessa vaiheessa, jolloin ikääntynyt on vielä kykenevä asumaan yksin. Tertiääriprevenio tarkoituksena on lisätä toimintakykyisyyttä sekä vähentää olemassa olevan sairauden ja sen aiheuttamien haittojen pahenemista. Se koskee huonokuntoisia vanhuksia, joista osa elää kotihoidon varassa ja monet ovat jo laitoshoidossa. Heidän kohdallaan on tärkeää estää laitostuminen ja passivoituminen. Terveysten edistämisen näkökulmasta ikääntyneiden hoidossa on usein kyse sekundääri- ja tertiääriprevenitiosta. Iän myötä riski sairastua moniin eri sairauksiin on suuri ja siksi lähtökohtana on suurimpien ongelmien poisto ja jäljellä olevan toimintakyvyn säilyttäminen tai kuntouttaminen. Primääriprevenio on syytä kiinnittää toimintamallien kehittämisessä myös huomiota, sillä elämme yhä vanhemmaksi hyväkuntoisina, jolloin ennaltaehkäisevät toimenpiteet ovat tarpeen. (Savola - Koskinen-Ollonqvist 2005: 80-94; Strandberg – Tilvis 2003: 328-341.)

Terveysten edistämisen välineeksi on usein kehitetty toimintamalli selkeyttämään eri toimijoiden tehtäviä. Toimintamalli -käsite voi tarkoittaa erilaisia toimintatapoja tai erilaisia tapoja järjestää toimintaa suunnitelmallisesti. Lisäksi se voidaan nähdä työmenetelmien organisointitapana tai puhtaasti teoreettisena mallina kohteen toimintaperiaatteesta. Toimintamallilla tavoitellaan eri toimijoiden systemaattisuutta ja sovittuihin sääntöihin sitoutumista. Se valitaan usein toiminnan järjestämiseksi silloin, kun kyse on moniammatillisesta yhteistyöstä tai jos halutaan parantaa toiminnan siirrettävyyttä muihin toimintaympäristöihin. (Pelto-Huikko – Karjalainen – Koskinen-Ollonqvist: 2005: 29-30.) Uuden toimintamallin kehittämisellä pyritään muutokseen, jolla tavoitellaan toiminnan kohteen laajentumista. Tällöin työyhteisö oppii jotakin, mitä ei ole vielä olemassa. Muutokset työssä ja palvelujen parantaminen tarkoittavat myös henkilöstön työskentelyedellytyksien kehittämistä. Silloin tarvitaan työrutiinien selkeyttämistä, yhteistyön tehostamista ja parempia työvälineitä. Toivotun tuloksen aikaan saamiseksi työyhteisön jäsenten totutut toimenkuvat muuttuvat ja näin muodostuu uudenlaisia ammattikunta- ja sektorirajat rikkovia tehtäväyhdistelmiä, yhteistyösuhteita ja vuorovaikutteista asiantuntijuuden kokonaisuuksia. Tärkeää olisi ottaa koko henkilöstö mukaan toimintamallin suunnitteluun, jotta heidät sitoutetaan toimintaan ja he ottavat vastuun koko prosessista, eikä vain yksittäisestä toimenpiteestä. (Engeström 1998: 87–99; Grönroos 1987: 10.)

Terveysten edistämisen hankkeissa kehitettyjen toimintamallien onnistumista arvioitiin niiden omissa toimintaympäristöissään. Kehityskelpoisen toimintamallin tunnusmerkkinä oli tunne terveyden edistämisen kokonaisuuden hallinnasta. Taustalla olevan tutkimus- ja kokemustiedon hyödyntäminen ilmeni toimivana teoriapohjana, joka toi esille vaikuttamismekanismien, miksi ja miten jokin asia vaikuttaa. Konkreettisuus, tehtävien rajaaminen ja työvälineen helppokäyttöisyys edistivät toimintamallien toimeenpanoa. Systemaattisuutta edellytettiin prosessien etenemisessä, mikä tarkoittaa tavoitteiden ja sisällön vuorovaikutusta edellisen askelman kanssa. Konsultointi ja työnohjaus koettiin tärkeäksi, samoin kuin oman työn jatkuva kehittäminen. Toimintamallia pidettiin sitä hyödyllisempänä, mitä laajemmin se voitiin levittää muiden käyttöön. (Pelto-Huikko ym. 2005: 52-60.)

Palvelukokonaisuuksien hallitsemiseksi ja ikääntyneiden terveyden edistämiseksi on Suomessa kehitetty toimintamalleja, joissa asiakaslähtöisyyttä pidettiin lähtökohtana.

Ratkaisuja ikääntyneiden palvelutarpeeseen ja niiden hajanaisuuteen haettiin usein palveluohjausideologiasta. Toimintamallit, joissa hyödynnettiin palveluohjausta, tavoitteena oli tunnistaa asiakkaan yksilölliset tarpeet ja järjestää asiakkaalle hänen tarvitsemansa palvelut ja tuki käytettävissä olevien resurssien avulla. Yksilökohtaisen palveluohjauksen keskeisin sisältö oli neuvonta, koordinointi ja asianajo. Palveluohjaaja oli henkilökohtainen vastuuhenkilö, joka tuki asiakasta ja hänen läheisiään oikeiden ja sopivien palvelujen valinnassa. (Oksanen 2006: 55-60; Perälä ym. 2004: 15-18.) Aikaisemman kirjallisuuskatsauksen mukaan tärkeitä elementtejä palveluohjauksessa olivat luottamuksellinen asiakas- työntekijäsuhde, joka ilmeni lähestyttävyytenä ja tavoitettavuutena sekä turvallisuus, mikä lisääntyi kun asiakkaan asioiden hoito keskittyi yhdelle ihmiselle. Palveluohjauksessa oli tärkeä keskittyä niihin asioihin kotona asuvan ikääntyneen elämässä, jotka ovat laitokseen joutumisen riskitekijöitä. Onnistumista lisäsi ongelmanratkaisuun keskittyvä ote, mutta toisaalta varovainen ja hidas eteneminen muutoksissa erityisesti dementoituneen asiakkaan kohdalla oli tarpeen. Työntekijöiden kompetenssi dementia-asiakkaan kohtaamisessa oli tärkeä palveluohjauksen onnistumisessa. (Blomgren 2005: 43-44.)

Palveluohjauksen lisäksi kehitettyjä toimintamalleja olivat ehkäisevät kotikäynnit tai näiden kahden yhdistelmät, jonka lisäksi kehitettiin ryhmätoimintaa ja neuvontaa eri muodoissa aktivoimaan arkea. Kehitettyjen mallien piirteitä olivat varhainen toimintakykyä vaarantavien ongelmien havaitseminen, käytännön verkostotyö sekä tiedottaminen ja palveluiden helppo saatavuus. Toiminta perustui asiakkaan keskeiseen rooliin ja vastuuseen omasta hoidosta ja kuntoutumisesta, jolloin hänet otettiin yhdessä omaishoitaja kanssa mukaan hoidon suunnitteluun ja järjestämiseen. Hyvä vuorovaikutus ja luottamuksellisuus korostuivat sekä ikääntyneen persoonallisuuden ja kotiympäristön ehdoton kunnioittaminen. (Harri-Lehtonen ym. 2005: 8-9; Karhunen – Salminen – Suomi 2004: 1-5; Lotvonen – Väänänen-Sainio 2003: 9-10.) Aikaisemman kirjallisuuskatsauksen mukaan ehkäisevien kotikäyntien vaikutus fyysisen toimintakyvyn ylläpitämiseen tai parantamiseen ei saanut tukea. Tutkimukset eivät pystyneet selvästi osoittamaan, että kotikäynneillä olisi vaikutusta toimintakykyyn, pysyvään hoitoon joutumiseen, kuolleisuuteen ja kustannuksiin. (Toljamo ym. 2005: 43-46.)

3.2.2 Prosessit palveluiden kehittämiseen

Ikääntyneiden palvelutarpeiden tyydyttäminen tehokkaalla tavalla vaatii tietoa sekä heidän tarpeistaan että tekijöistä, jotka vaikuttavat päätökseen käyttää palveluita. Asiakkaan kokemus palvelun laadusta on kaksitahoinen; se, mitä hän saa ja miten hän kokee sen prosessin, jonka lopputuloksena hän saa jotakin. Mitä hän saa, on palvelun tekninen laatu, joka pitäisi tyydyttää asiakkaan kokonaistarve. Yksi ammattiryhmä ei koko tarvetta useinkaan pysty tyydyttämään, vaan tarvitaan verkostotyötä, jossa moniammatillinen työryhmä voi eri kokoonpanoissa työskennellä asiakkaan asian edistämiseksi. Palvelun toiminnallinen laatu taas ottaa huomioon asiakkaan toiveet siitä miten, miten palvelut pitäisi järjestää ja heidän tarpeensa tyydyttää. Asiakkaat kokevat palvelun aina kokonaisuutena ja monen eri tekijän summana. (Grönroos 1987: 11, 45-52.) Kun toiminta on tapahtumien kokonaisuus, voidaan osien keskinäistä vuorovaikutusta kuvata prosesseina etenevänä toimintana. Prosessit kuvataan toimintoketjuina, jotka alkavat asiakkaan tarpeista ja päättyvät asiakkaan tarpeen tyydyttämiseen. Tunnistaminen on prosessin rajaamista, jossa määritellään sen alku ja loppu sekä se, mihin prosessilla pyritään. Prosessiajattelun lähtökohtana on tarkastella toimintaa asiakkaalle arvoa tuottavana kokonaisuutena, jolloin vaikuttavuustavoitteet kytketään asiakastarpeiden tyydytykseen. Prosessiajattelu voidaankin nähdä näiden tavoitteiden ja toimintaedellytysten välisen suhteen pohtimisena sekä optimaalisten rakenteiden hakemisena. (Virtanen – Wennberg 2005: 40-65, 114). Prosessit vaativat saumatonta toimintaa yli organisaatorajojen sekä nopeaa reagointikykyä asiakkaiden tarpeiden muutosten vastaamiseen. Nopea reagointi on mahdollista, jos päätöksenteko tehdään mahdollisimman lähellä asiakasta. Tiimityöskentely on tehokas tapa pureutua eri toimintoja koskeviin kehittämis- ja ongelmahaasteisiin, jossa erilainen osaaminen voidaan kanavoida innovaatioiksi ja organisaation oppimiseksi. Arviointitietojen perusteella tiimit analysoivat uuden tilanteen ja laativat suunnitelman tilanteen korjaamiseksi tai kehittämiseksi, jonka jälkeen seuraa toimeenpano. (Hannus 1995: 32-56.)

Prosessien kehittämisen työvälineenä toimivat prosessien kuvaaminen ja mallintaminen. Se tehdään aikaperustaisesti kuvaamalla toimintaprosessit loogisena yhteenkuuluvina toimintoina ja päätöksinä. Jokaisella prosessilla on oma asiakas, jonka odotukset prosessien suhteen määritellään, jolloin voidaan valita mittarit sen toteutumisen

arviointiin. Prosessien suorituskyvyn arviointi tapahtuu siis aina asiakkaan näkökulmasta. Tehdään mallintaminen vuokaavio-muotoon tai työkulukaaviona, tärkeintä on, että se toimii työvälineenä, jonka avulla ongelmat ja parantamishdotukset voidaan havainnollisesti tunnistaa ja tulevat muutokset välittyvät niihin kuvauksiin, joihin se vaikuttaa. Prosessien uudistaminen tapahtuu vaiheittain analyysin kautta suunnitteluun ja toimeenpanoon, jolloin tapahtumaketjusta tulee kehämäinen eli jatkuva. Suunnittelussa määritellään halutun uudistuksen toiminnot, tehtävät ja työnjako. Toimeenpanon jälkeen arvioidaan tilanne uudelleen mitattujen asioiden valossa ja kehitetään prosessia edelleen. (Hannus 1995: 42-50, 88-91.) Ennen toimintaa kuvattu prosessikuva on mielikuva siitä, miten uskomme asiakkaan toimivan. Jos asiakkuustyön kehittämiseen käytetään prosessimallia, voidaan se tehdä piirtämällä prosessikuva todellisen toiminnan jälkeen. Tällöin verrataan asiakkaan todellista toimintaa suunniteltuun prosessiin, jolloin odotusten ja todellisuuden ero paljastuu. Vertailu auttaa tekemään havaintoja toimintatavan kehittämiseksi. Kun halutaan saada selville, miksi asiakas ei tehnyt niin kuin suunniteltiin, on kuunneltava asiakasta. (Mattinen 2006: 41-43.) Kiinnostavia havaintoja terveyspalveluiden osalta ovat toteutumattomat odotukset palveluiden käytöstä tai terveyttä edistävästä ratkaisusta.

3.2.3 Asiakaslähtöisyys toiminnan lähtökohtana

Asiakaslähtöisyys tarkoittaa sitä, että toiminnan lähtökohtana on asiakkaiden tarpeiden tyydyttäminen. Toiminta lähtee tällöin asiakkaan yksilöllisestä elämäntilanteesta, hänen omista tarpeista ja odotuksista. (Grönroos 1987: 45.) Palveluiden järjestämisessä se tarkoittaa tarjonta- ja asiantuntijalähtöisyydestä luopumista. (Mäntyranta - Elonheimo - Brommels 2006: 46). Yleensä asiakkaalla tarkoitetaan palvelujen käyttäjää tai palvelun maksavaa tahoa, mutta terveyspalveluissa voidaan asiakkuus nähdä laajemmin, jolloin esimerkiksi ikääntyneen omaiset hyötyvät palveluista, joita he eivät itse käytä. Jos tähdätään asiakkaiden välittömän tarpeiden tyydyttämisen lisäksi asiakkaiden hyvinvoinnin turvaamisen pitkällä aikavälillä, on kyseessä pidemmälle viety muoto asiakaslähtöisyydestä eli yhteiskuntalähtöisyys. (Ylikoski 1998: 24-26.) Tällöin eri asiakkaiden eli esimerkiksi palvelun käyttäjän, hänen omaisten tai yhteiskunnan intressit saattavat olla ristiriidassa. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita tarkastellessa joudutaankin pohtimaan valtaan, vapauteen, itsemääräämisoikeuteen ja

eettisyyteen liittyviä tekijöitä (Sorsa 2002: 64). Tässä opinnäytetyössä asiakkaalla tarkoitetaan lyhytaikaishoidossa olevaa henkilöä, mutta toiminnan suunnittelussa otetaan huomioon myös omaiset ja toiminnassa tavoitellaan yhteiskunnallista hyötyä pidemmällä aikavälillä.

Työntekijän ajattelussa asiakaslähtöisyys merkitsee ihmisarvoa keskeisenä periaatteena. Asiakaslähtöinen työtapa merkitsee ihmisen arvostusta ja kunnioitusta sekä palveluiden järjestämistä joustavasti tätä lähtökohtaa tukien. Asiakaslähtöisesti toimiva ihminen työskentelee itsensä kanssa, tarkastelee omia lähtökohtiaan, vaikuttimiaan, omaa etiikkaansa ja oppii jatkuvasti uutta suhteessa asiakkaaseen ja asiakastyöhön. Asiakaslähtöisyyttä voidaan kuvata yhteistyösuhteena, jossa yhdenvertaisuus asiakkaan ja terveyspalvelun tuottajan välillä on lähtökohtana ja tavoitteena voimaantuminen. Yhteistyösuhte on luonteeltaan dialoginen ja yhteistoiminnallinen, jossa etsitään yhteistä ymmärrystä ja keskitytään asiakkaan nimeämiin asioiden hoitamiseen. (Sorsa 2002: 64-66.)

Asiakaslähtöisyys ilmenee terveyspalveluissa itsemääräämisoikeuden toteutumisena (Sorsa 2002: 65). Terveystieteiden asiakkaan itsemääräämisoikeudesta säädetään potilaslaissa, mikä tarkoittaa oikeutta päättää hoitoon liittyvistä asioista. (Laki 785/1992). Terveystieteiden asiakkaan on saatava kaikki päätökseen tarvittavat tiedot ja hänellä on oikeus kieltäytyä hoidosta. Tiedot on pidettävä salassa ja omaiset ovat myös juridisesti sivullisia. (ETENE 2001.) Sairaus on jokaisen henkilökohtainen asia, joten sen hoitamisesta päättää jokainen myös itse. Itsemääräämisoikeuden toteutumisen edellytyksenä ovat asiakkaan näkökulmasta vapaus ilmaista itseään, rohkeus ja riittävä terveydentila. Toiminta, jossa korostuivat tasa-arvoisuus, asiakkaan aktivointi ja kannustaminen, tukevat itsemääräämisoikeuden toteutumista. (Löfman 2006: 64-65.) Ikääntyneiden hoidossa saattaa useinkin ilmetä, että asiakkaan edellytykset ilmaista tarpeitaan ja mielipiteitään ovat alentuneet. Tällöin on erityisen tärkeä, että palvelun tuottaja kykenee tarkastelemaan hoitoa ja palvelua asiakkaan kannalta ja pyrkii nostamaan esiin asiakkaan voimavaroja. (Voutilainen – Vaarama – Peipponen 2002: 38-40.)

Asiakaslähtöisyys on ollut terveydenhuollon palveluiden tuottamisessa päämääränä jo pitkään. Sen toteutumista tarkasteltiin kirjallisuuskatsauksessa, jossa todettiin

toimintakäytäntöjen olevan kaukana ideaalitilanteesta huolimatta vuosikymmenten pyrkimyksistä. Työntekijöiden omat työn arvot, asenteet ja toimintarutiinit olivat esteinä aidolle asiakkaan kohtaamiselle. Päätökset eivät ole yhteistoiminnallisia ja tarpeiden kartoittamiseen ei käytetä aikaa. Asiakkaat myös itse heittäytyvät ammattilaisen armoille, eivätkä ota vastuuta omaan hoitoon kohdistuvasta päätöksenteosta. Erityisesti ikääntyneet omaksuvat herkemmin passiivisemmän roolin. (Pitkälä – Savikko – Routasalo 2005: 110-111.)

Asiakaslähtöisyyden toteutumista tutkittiin ikääntyneiden kuntoutuksessa organisaatiotasolla, käytännön toiminnan tasolla sekä ammattilaisten ja asiakkaiden vuorovaikutustasolla. Ongelmana kuntoutuksen suunnittelussa, toteutuksessa ja seurannassa oli kuulla asiakkaan tarpeita, kirjata niitä ja vastata niihin. Organisaatiotasolla resurssien niukkuus, organisaatioiden jäykkyys, ongelmat hoidon jatkuvuudessa ja organisaatioiden välisen yhteistyön heikkous aiheuttivat vaikeuksia. Kuntoutujien oman äänen kuuluminen kuntoutuksen suunnittelussa samoin kuin omien tarpeiden toteutumisessa olivat myös ongelmana. (Mäkinen – Routasalo – Pitkälä 2005: 123).

4 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTTAMINEN

4.1 Kehittävä työntutkimus

Toimintamallin kehittämisotteena oli kehittävä työntutkimus, joka on tutkimustapa tai -strategia, jonka avulla pyritään vastamaan johonkin käytännön toiminnassa havaittuun ongelmaan ja kehittämään olemassa olevaa käytäntöä paremmaksi. Se on osallistava lähestymistapa, joka sopii hyvin muutostilanteisiin erityisesti silloin, kun halutaan lisätä työskentelyyn uusia näkökulmia tai löytää ratkaisuja havaittuihin ongelmiin. Mitään valmista ratkaisua ei tuoda ulkoapäin, vaan kehittävässä työntutkimuksessa työntekijät analysoivat ja muuttavat omaa työtään. Se tarkoittaa uuden ja vielä tuntemattoman oppimista, jolloin lopputuloksena on työn laadullinen muutos. Oppiminen käsitetään pitkäkestoisena prosessina, jonka tueksi tuotetaan tutkittua tietoa, jolla työhön ja arkeen

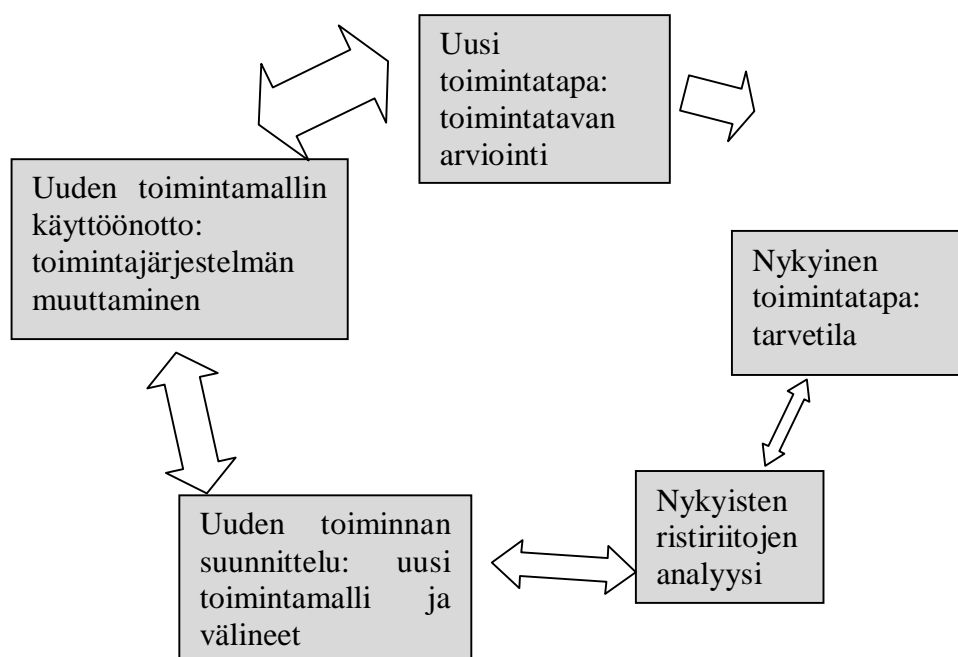
pyritään tuomaan uudenlaista ymmärrystä. Tutkija, joka tuo tutkittua tietoa ja teoriaa on toisin sanoen mukana muuttamassa työtä ja vaikuttamassa muutokseen. Työntekijöiden oman toiminnan muuttaminen ja uusien ratkaisujen löytäminen vaativat tutkijalta ja muilta toimijoilta yhteistyötä ja itseään tarkkailevaa eli reflektointia. Tutkijan tehtävänä on yhdessä muiden toimijoiden kanssa luoda tila, jossa työtä analysoidaan. Se voi olla kehittämistilaisuuksia tai toimintaa, joka syntyy tutkijan ja työntekijöiden vuorovaikutuksessa. Näin työtoiminnasta siirrytään oppimis- tai kehittämistoimintaan. (Engeström 1998: 12, 87, 124-125.)

Kehittävä työntutkimus ei itsessään ole tutkimusmenetelmä vaan tutkimusorientaatio, jossa hyödynnetään erilaisia, yleensä kvalitatiivisen, mutta myös kvantitatiivisen tutkimuksen menetelmiä. Monitahoisen aineiston kerääminen edellyttää siis menemistä työpaikalle ja tapahtumien seuraamista siellä. (Engeström 1998: 74.) Näönhuollon toimintamallin kehittämisprosessin aikana tutkija keräsi aineistoa teemahaastatteluiden, osallistavan havainnoinnin, valmiiden dokumenttien, kyselyn ja omien päiväkirjamerkintöjen avulla. Toimintamallin käyttöönotto tapahtui pilotointivaiheena, jolloin tutkimusote vaihtui lähemmäksi tapaustutkimusta. Tavoitteena oli kuvata seikkaperäisesti ja perusteellisesti tutkimuksen kohde ja päämääränä oli lisätä ymmärrystä tutkittavasta tapauksesta ja olosuhteista, joiden lopputuloksena tuli sellainen kuin tuli. Pilotointijakson aineisto määräsi tutkimuskysymyksen ja kuvaus, otoksen koosta huolimatta, ei antanut tyypillistä keskivertotapausta. (Laine - Bamberg – Jokinen 2007: 9-12.) Kehittämistutkimuksen tapaus oli pilotointivaiheen näönhuolto ja kohteena olivat toiminnallisen näön muutokset ja terveyttä edistävät päätökset.

Kehittävän työntutkimuksen kehittämis- tai oppimisprosessi ymmärretään jatkuvaksi ja spiraalimaiseksi kehäksi, joka etenee nykyisen toimintatavan ja siinä ilmenevien ristiriitojen analysoinnista uuden toimintamallin suunnitteluun, sen käyttöön ottoon ja reflektointiin (kuvio 1). Tämä johtaa toimintajärjestelmän laadullisiin muutoksiin. Syklin ensimmäistä vaihetta eli työn nykyistä vaihetta leimaa tyytymättömyys, josta seuraa ristiriitoja, joita ovat esimerkiksi toistuvat mahdottomat tehtävät. Ristiriitojen tunnistamiseksi syklin toisessa vaiheessa analysoidaan nykyistä toimintaa ja etsitään niitä kehittämiskohteita eli osaratkaisuja, joiden avulla pyritään poistamaan ristiriitojen aiheuttajia. Kolmannessa vaiheessa hahmotellaan uusi toimintamalli, joka on ratkaisu nykytilanteen ristiriitoihin. Sen ytimenä on uusi käsitys työn kohteesta, siitä mitä työssä

tuotetaan ja miksi. Tämä toimii motivoivana voimana ja siihen liittyy usein työnjaollisia muutoksia, niistä sopimista ja yhteistoimintamuotojen kehittelyä. Syklin neljännessä vaiheessa toimintamalli otetaan käyttöön, mikä tapahtuu usein osaratkaisujen kautta ja laajenee koko toimintajärjestelmän kattavaksi muutokseksi. Kun muodostetun toimintamallin ideat ja suunnitelmat otetaan käyttöön arkityössä, syntyy toimintaan häiriöitä, joita ei ole osattu ennakoida. Näiden ristiriitojen ratkominen käytännössä johtaa toiminnan laadullisiin muutoksiin eli uuden toimintamallin syntymiseen. Kun uusitoimintatapa vakiintuu, siirrytään viimeiseen vaiheeseen, joka tarkoittaa uusien käytäntöjen systemaattista noudattamista. (Engeström 1998: 88-91.) Tämä kehittämistyön raportti kuvaa syklin toisen vaiheen eli toiminnan ristiriitojen analyysin, kolmannen vaiheen eli suunnittelun ja kehittämisen sekä neljännen vaiheen, jossa toimintamalli otettiin käyttöön ja sen vaikutukset arvioitiin.

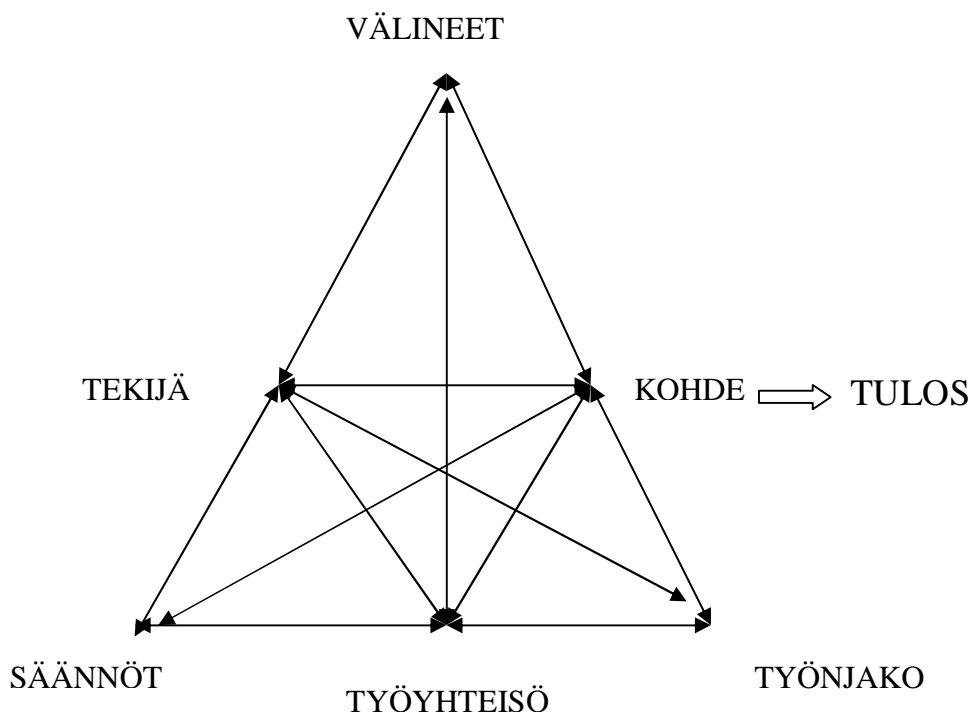
KUVIO 1. Kehittävän työntutkimuksen vaiheet. (Engeström 1998: 92.)



Kehittävä työntutkimus on tutkimustapa, jossa tavoitteena on ymmärtää paikallisen työtoiminnan ongelmia toimijoiden näkökulmasta tutkimalla, miten he tekevät työtään ja puhuvat siitä. Yksilön toimintaa ymmärretään kulttuurisessa ja yhteiskunnallisessa viitekehyksessä, mikä erottaa kehittävän työntutkimuksen toimintatutkimuksesta. Kehittämisen välineinä käytetään toimintajärjestelmän mallia, joka kuvaa inhimillisen toiminnan rakennetta. (kuvio 2) Työstä etsitään toimintajärjestelmän elementtejä eli

osatekijöitä, joiden välistä vuorovaikutusta analysoidaan. Toiminnan elementtejä ovat toimija eli tekijä, toiminnan kohde, välineet, joilla kohteeseen vaikutetaan, samaa kohdetta työstävien toimijoiden työnjako ja näiden toimijoiden yhteisö ja sitä luonnehtivat säännöt. Kaikki osatekijät ovat tärkeitä toiminnan kannalta, jolloin muutos yhdessä osatekijässä luo paineita toisessa osatekijässä tai ristiriitaa osatekijöiden välillä. Toisin sanoen yksittäisiä tekoja ja tilanteita, kuten myös epäonnistumisia, häiriöitä ja uusia ratkaisuja analysoidaan aina suhteessa koko toimintajärjestelmään. Toimintajärjestelmämallilla ei pyritä kattavaan toiminnan kuvaukseen vaan se auttaa ongelmien jäsentämistä. Sitä voidaan käyttää alkutilan kuvaukseen, ristiriitojen löytämiseen tai halutun toiminnan hahmottamiseksi. (Engeström: 46-52.)

KUVIO 2. Toimintajärjestelmän rakennemalli. (Engeström 1998: 47.)



4.2 Aineiston keruu ja analysointi

4.2.1 Muut tutkimukset hankkeessa

Optometrian koulutusohjelman toiminta hankkeessa ”Työn organisointi ja työnjako terveydenhuollon erityisaloilla” alkoi 2005 yhteistyökumppaninaan Pakilakoti. Kehittämisympäristöksi valittiin lyhytaikaishoito ja sen osasto, jonka asiakkaat ovat liikuntarajoitteisia, mutta eivät vaikeasti muistihäiriöisiä. Osahankkeen vetäjät olivat optometristiopiskelijoiden kanssa hahmotelleet toiminnan etenemistä ja aloittaneet kehittämistyön jo ennen tutkijan osallistumista. Opinnäytetöinä valmistuivat joulukuussa 2006 valaistusarviointi hoito-osastolta sekä kuvaus optometristin toimintamahdollisuuksista gerontologisessa terveydenhuollossa. Toukokuussa 2007 valmistuivat arvio hoitokoteihin suunnatun optikkopalveluiden kustannuksista sekä opas, jonka avulla hoitajat voivat arvioida ikääntyneiden näköä ja saavat tietoa sairauksien ja lääkityksen vaikutuksista näköön. Toimintamallin kehittäminen gerontologiseen näönhuoltoon oli optometrian koulutusohjelman osahankkeen tavoitteena hankkeen alusta asti ja kehittäminen tutkimuksen tekijän toimesta käynnistyi joulukuussa 2006. Samoihin aikoihin aloitettiin opinnäytetyöt silmälasien ja valaistuksen vaikutuksista toiminnalliseen näköön sekä hoitajille suunnatun oppaan käytettävyydestä tutkimuksesta. (Pirilä: 2006b.) Tutkija huomioi jo tehdyn työn toimintamallin suunnittelussa ja muiden opinnäytetöiden tulokset sekä kokemukset töiden etenemisvaiheessa.

4.2.2 Alkutila-analyysi

Tutkija aloitti toimintamallin hahmottamisen alkutila-analyysillä nykyisestä näönhuollosta Pakilakodin lyhytaikaisosastolla 1A. Tutkija haastatteli kolmea lyhytaikaisosaston työntekijää helmikuussa 2007, jolloin teemoina (liite 1) olivat nykyinen näönhuolto ja lyhytaikaishoidon yksikkö 1A toimintaympäristönä. Samassa hankkeessa tuotetussa aikaisemmassa opinnäytetyössä oli vuosi aikaisemmin haastateltu myös kolmea hoitajaa, teemoina näönhuollon nykytilanne, hoitajien tietämys näköasioista ja suhtautuminen näön arviointiin. Kaikki kuusi haastattelua nauhoitettiin

ja litteroitiin. Haastatteluiden lisäksi aineistona oli mukana valmiita dokumentteja, joita olivat Helsingin kaupungin pysyväisohje 5.2.2 vanhusten palveluista, Pakilakodin lyhytaikaisosaston perehdytyskäsikirja, alkuhaastattelulomake ja RaVa-lomakkeisto. Aineisto analysoitiin deduktiivisella eli teorialähtöisellä sisällön analyysillä, jossa kehittävän työntutkimuksen teoreettista apuvälinettä ”kolmiomallia” käytettiin jäsentäjänä. Toimintajärjestelmän osatekijät työympäristö, tekijä, kohde, välineet, säännöt ja työnjako olivat pääotsikoita, joiden mukaan aineisto purettiin. Alkutila-analyysi oli kuvaus osatekijöistä ja niiden välisistä ristiriidoista. Helmikuun lopussa pidetyssä palaverissa, johon osallistui neljä hoitajaa ja tutkija, tarkastettiin ensimmäinen versio analyysistä. Kommentit lisättiin analyysiin, joka tarkastettiin hoitoyksikössä uudelleen toukokuussa.

4.2.3 Kehittämisprosessi

Kehittämisprosessin alussa hoitajien haastatteluiden lisäksi tutkija haastatteli näkövammaisten kuntoutusta järjestävän Näkökeskus Vision optikkoa ja näönkäytön ohjaajaa. Pääteemana oli toimintamalli ikääntyneiden heikkonäköisten kuntoutuksessa. Haastattelut nauhoitettiin ja kirjoitettiin puhtaaksi tutkijan päiväkirjaan. Palveluiden tarpeen kartoittamiseksi tutkija haastatteli kahdeksaa Pakilakodin lyhytaikaisosasto 1A:n asiakasta elokuussa 2007. Teemoina olivat omat kokemukset näönhuollonpalveluista ja niiden tarpeesta ja palveluiden järjestäminen (liite 2). Jokaiselta haastateltavalta pyydettiin kirjallinen lupa ja kerrottiin haastatteluiden tarkoituksesta. Haastateltavat saivat hankkeesta kertovan tiedotteen ja heidän osallistumisensa oli vapaaehtoista. Haastattelut kestivät 5-35 minuuttia ja ne nauhoitettiin ja litteroitiin. Kehittämisprosessin aikana tutkija havainnoi lyhytaikaishoidon osaston toimintaa sekä seurasi optometristiopiskelijoiden tekemiä näöntarkastuksia (4), valaistusarviointeja (2) sekä ohjaustilanteita (6) hoitajien tehdessä näönarviointia. Havainnot tutkija kokosi päiväkirjaan.

Alkutila-analyysi, haastattelut ja havainnot olivat lähtökohtana, kun tutkija ja hoitajat hahmottivat haluttua muutosta ja muutoksen vaatimia uusia työvälineitä ja yhteistoimintamuotoja. Se tapahtui palavereissa, joita oli kahdeksan vuoden aikana.

Palaverieihin osallistuivat tutkija ja osaston työntekijöitä yhdestä kuuteen riippuen palaverin tarkoituksesta. Kun kyse oli toimintamallia koskeva kehittämispalaveri, joita oli neljä kehittämisvuoden aikana, osallistuivat kaikki osastolla edellisessä ja seuraavassa vuorossa olevat hoitajat mahdollisuuksien mukaan. Kahdessa palaverissa oli tutkijan lisäksi hoitaja, joka kehitti kommunikaatiovälineen heikkonäköisille afaatikoille. Kaksi palaveria oli tutkijan ja esimies- tai johtotason henkilön kesken. Lisäksi yhteisiä tapaamisia olivat koulutustilaisuudet, joita tutkija ja optometristiopiskelijat järjestivät Pakilakodissa kaksi lähes samansisältöisenä. Aiheena olivat iän vaikutus näkemiseen ja ikääntyneen näön arviointi. Samalla kerrottiin koko hankkeesta ja sen tarkoituksesta. Koulutukseen osallistuivat kehittämisosaston henkilökunnan lisäksi työntekijöitä ja johtotason henkilöitä myös muualta Pakilakodista. Palavereista ja koulutustilaisuuksista käydyistä keskusteluista kokosi tutkija päiväkirjamerkintöjä. Tutkija sai käyttöönsä optometristiopiskelijoiden toukokuussa 2007 tekemän kyselyn avoimet vastaukset näönarvioinnin oppaan käytettävyydestä. Kaikki edellä mainittu aineisto oli toimintamallin kehittämisen tukena ja tulokset löytyvät kohdasta; Työn laadulliset muutokset näönhuollon suunnittelu- ja pilotointivaiheessa.

4.2.4 Pilotointijakso

Pilotointijakson tutkittavat olivat asiakkaita, jotka saapuivat syksyllä 2007 neljän viikon aikana hoitojaksolle. Hoitajat tekivät tutkittaville saapumispäivänä tulohaastattelun osana näköön liittyvä kysely. Tutkija sai tulohaastattelun näköosion käyttöönsä tutkittavien taustatietojen takia, jolloin kaavakkeesta oli nimiosa leikattu pois. Tulohaastattelu oli osa normaalia hoitorutiinia ja tiedot jäivät asiakkaan hoitotietoihin. Haastattelun perusteella hoitaja arvioi yhdessä asiakkaan kanssa näöntarkastuksen tarpeen ja varasi ajan tarvittaessa. Osallistuminen oli vapaaehtoista. Hoitaja soitti omaiselle, jota kysyttiin mukaan näöntarkastukseen, mikäli se oli tutkittavan mielestä tarpeen. Jos tutkittavalle ei varattu aikaa, hoitaja arvioi hänen näkönsä kauas näöntarkkuustaulun ja lähelle lukutaulun avulla sovittuna ajankohtana kerran viikossa. Tavoitteena oli saada kaikilta pilotointijakson aikana saapuvilta tiedot toiminnallisesta näöstä. Hoitajien suorittamaa näönarviointia seurasivat ja opastivat tutkijan lisäksi kaksi optometristiopiskelijaa, joiden opinnäytetyön tarkoituksena oli arvioida näönarvioinnin

välineiden käytettävyyttä ja antaa parannusehdotuksia. Tutkittavien näöntarkkuusarvot kirjattiin ylös.

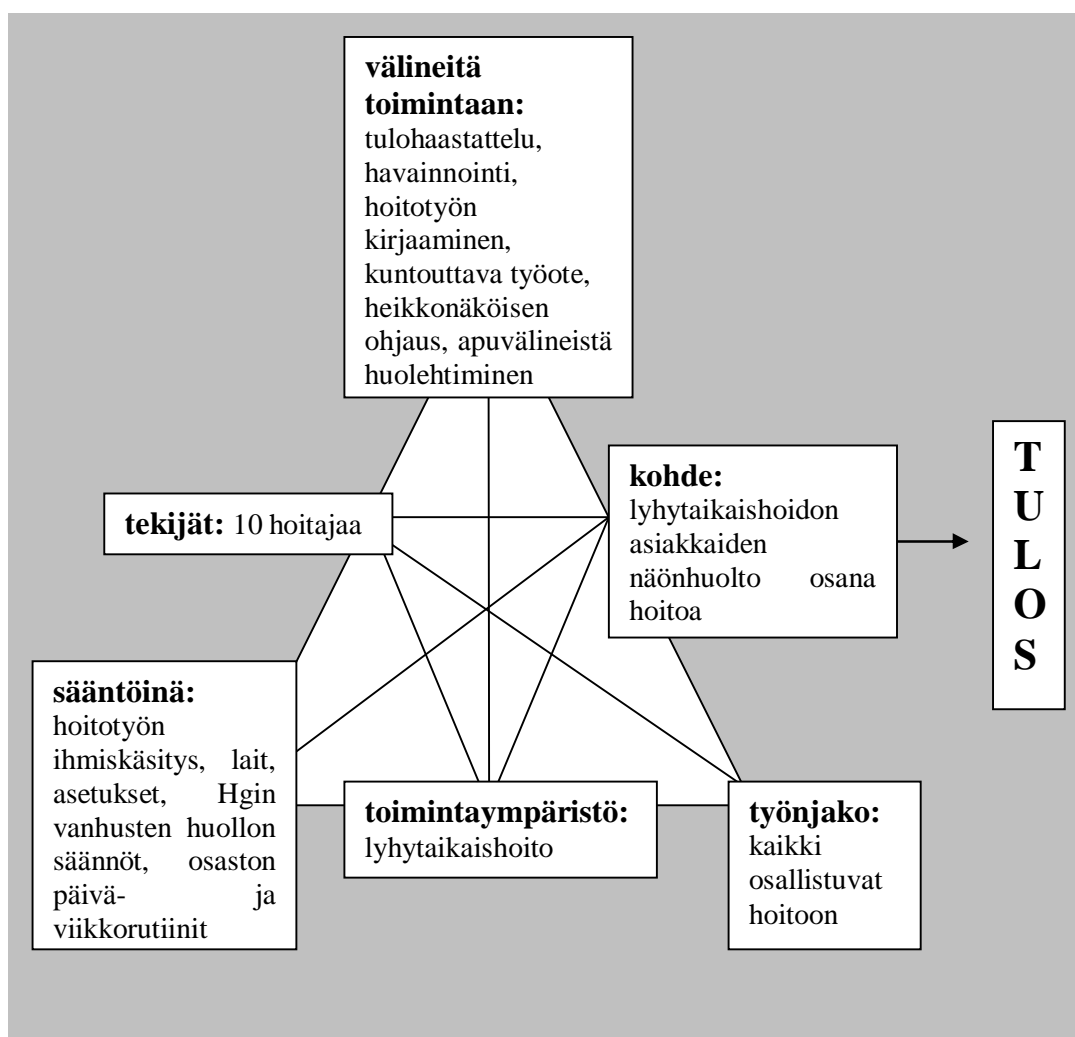
Optometristi teki sovitun ajanvarauksen mukaisesti näöntutkimukset ja tutkittavan halutessa optometristiopiskelijat tekivät asiakkaan kotona kodin valaistusarvioinnin. Mittausten ja haastatteluiden perusteella tutkija arvioi sen hetkisen näönhuollon tarpeen. Näöntarkastuksista tutkija kirjoitti raportit näön mittausten osalta sekä vapaasti koko tutkimuksen kulun. Tutkittavalle annettiin suullisesti ja kirjallisesti suositukset tarvittavista jatkotoimenpiteistä. Tutkittava sai kaksi kappaletta näönhuollon tarpeen arviointiraporttia, joista hän halutessaan saattoi antaa itse toisen raportin hoitohenkilökunnan, omaisten tai kotihoidon käyttöön. Kuvaukset näöntutkimuksista ja toimenpiteistä analysoitiin sisällönanalyysillä. Sen lisäksi tutkija vertasi kehitetyn toimintamallin palveluprosessin ja todellisten tapahtuneiden prosessien eroja. Erityistä huomiota kiinnitettiin terveyttä edistävien päätösten toteutumiseen, näöntarkkuuden ja toiminnallisen näön muutoksiin sekä tehtyihin palvelutoimenpiteisiin.

5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Lyhytaikaishoidon näönhuollon toiminta lähtötilanteena ennen toimintamallin kehittämistä

Toiminnan analyysissä apuna oli toimintajärjestelmää kuvaavaa rakennemalli (kuvio 3), jossa osatekijät jaettiin tekijöihin, kohteeseen, sääntöihin, toimintaympäristöön, työnjakoon ja välineisiin. Toiminnan kohteena oli lyhytaikaishoidon asiakkaiden näönhuolto osana hoitoa, jonka tuloksena oli hoitojaksolla selviäminen.

KUVIO 3. Lyhytaikaishoidon näönhuolto ennen kehittämisprosessia.



5.1.1 Näönhuolto toiminnan kohteena

Yleisesti hoidon tavoitteena oli tukea asiakkaan toimintakyvyn säilymistä ja parantumista niin, että hän selviytyisi mahdollisimman pitkään kotona. Hoidossa pyrittiin kuntoutumista edistävään ja aktivoivaan otteeseen, joka tarkoitti asiakkaan motivointia omien voimavarojen maksimaaliseen käyttöön päivittäisten toimintojen yhteydessä. Lyhytaikaishoidossa toiminnan sääntönä voitiin pitää hoitotieteen ihmiskäsitystä, jossa asiakas ja hänen toimintakykynsä nähtiin kokonaisuutena. Näön aiheuttamien ongelmien huomioiminen oli täten osana hoitokokonaisuutta. Hoitajat ottivat heikkonäköisten asiakkaiden erityisongelmat huomioon, jotta selviäminen hoitojaksolla oli mahdollista, mutta muutoin näköasiat olivat jääneet taka-alalle.

Helsingin kaupungin pysyväisohje antoi ohjeistuksen vanhusten palveluista, jonka mukaan hoitovastuu lyhytaikaishoidon asiakkaista oli avohoidolla. Kun lyhytaikaishoidon asiakas oli kotihoidon piirissä, kotihoidolla ja lyhytaikaishoidolla on yhteiset tavoitteet ja hoitomenetelmät eli asiakkaalle tehtiin yhteinen hoitosuunnitelma. Kotihoidon tehtävänä oli vastata, että lyhytaikaishoidon yksiköllä oli käytettävissä kattavat, ajan tasalla olevat tiedot asiakkaan toimintakyvystä ja terveydentilasta.

Lyhytaikaishoidon vastuualueisiin ei kuulunut näönhuoltopalveluiden järjestäminen heikon näön omaaville tai apuvälineen korjauttaminen. Asiakas palasi lyhyen hoitojakson jälkeen kotiin, jolloin hänen oli hoidettava näköasiat itsenäisesti tai yhdessä kotihoidon ja omaisten kanssa. Hoitopaikasta hoitajan lähtö asiakkaan mukana asioille ei myöskään olisi onnistunut, sillä se vaikeuttaisi lyhytaikaishoidon toimintaa.

Näkötilanne ja -ongelmat pyrittiin selvittämään tulohaastattelussa, jonka hoitaja teki asiakkaan saavuttua jaksolle. Jos asiakas oli heikkonäköinen tai sokea, siitä todennäköisesti tuli tieto kotihoidosta tai omaisilta etukäteen. Asiakkaalta kysyttiin silmälasien käytöstä, silmäsairauksista, -leikkauksista ja -lääkityksestä. Mikäli asiakas ei itse kyennyt tietoa antamaan, kysyttiin sitä omaiselta tai kotihoidosta. Psykkisen toimintakyvyn arviointiin kuului osana muistitesti, joka vaati kohtuullisen hyvää lähinäköä, jolloin näköongelma saatettiin myös havaita. Hoitajilla oli joskus epävarmuutta siitä, johtuiko asiakkaan käytös huonosta näöstä, psyykestä, dementiaasta tai lääkityksestä. Muistitestin tulos saattoi vääristyä, samoin kuin toimintakyvyn kokonaisarvio, joka tehtiin pitkäaikaistaikaa haettaessa, mikäli huonoa näköä ei osattu ottaa huomioon. Toimintakyky arvioitiin pitkäaikaistaikaa haettaessa ja fyysisen toimintakyvyn yhtenä osa-alueena oli arvio näöstä. Jos hoitaja arvioi asiakkaan näön normaaliksi, tarkoitti se, että näkö ei haitannut päivittäistä toimintaa. Arvioinnista vastasi kotihoito, mutta jos asiakkaalla ei ollut ajantasaisia mittaustuloksia, tehtiin se hoitojakson aikana. Hoitaja ei voinut aina luottaa asiakkaan ilmoitukseen tai omiin havaintoihinsa koskien näkökykyä, mutta myöskään näköä ei testattu millään tavoin.

Hoitotyön kirjaaminen tuki näköongelmien huomioimista. Hoitajat kirjasivat päivittäiseen seurantaan, miten asiakkaan päivä oli mennyt ja minkälaisia asioita oli tullut jakson aikana esille. Hoitaja, joka oli tehnyt havainnon aikaisemmin havaitsemattomista näköongelmista, merkitsi raporttiin tiedot. Suullista raportointia

tapahtui etenkin työvuoron vaihtuessa ja yöhoitaja sai kirjalliset raportit asiakkaista ja suullisen selvityksen joka päivän päätteeksi. Hoitojakson ajasta tehtiin loppuarviointi, joka lähetettiin sosiaalityöntekijälle jatkohoitoarviota varten. Mikäli asiakkaalla oli omainen tai hän oli kotihoidon piirissä, saatettiin tieto heille havainnoista kotiutussoiton yhteydessä, jossa sovittiin jatkohoidon järjestelyistä. Asiakkaan kanssa käytiin lähtötilanteessa keskustelu näköasioista, mikäli siihen viittaavaa oli ilmennyt hoitojakson aikana. Hoitajien suositukset näöntarkastuksesta eivät aina johtaneet näön ongelmien hoitoon, johon syyksi arveltiin erityisesti liikuntaesteisyyttä ja sen tuomaa riippuvuutta kuljetuksesta ja saattajasta. Myös hoidosta aiheutuvia kustannuksia ja haluttomuutta käyttää näön apuvälineitä koettiin esteiksi. Näönhuollon ammattilaisen pyytämistä osastolle ei harkittu, sillä se oli myös kustannuskysymys.

Hoitajat ohjasivat heikkonäköistä asiakasta ympäristöä kuvaamalla ja vieressä kulkemalla. Selviytymisen tueksi tavaroiden paikat käytiin läpi ja ne pyrittiin pitämään samoissa kohdissa. Osastolla ei jätetty tavaroita kulun esteeksi ja huonekalujen järjestys tuki esteettömyyttä. Kaikki valot pyrittiin pitämään päällä aamusta iltaan, mutta silti osaston valaistus koettiin ongelmaksi. Osastolla valaistus joissain huoneissa oli niin huono, että se häiritsi jopa hoidon antamista. Valaistus koettiin asiaksi, jolle ei voitu tai tehty mitään.

Lähes kaikilla asiakkailla oli silmälasit ja niiden käytöstä sekä puhtaudesta pyrittiin pitämään huolta. Mikäli oli tarvetta, silmälasien ruuvit kiristettiin apuvälineillä, joita voitiin lainata huoltomieheltä. Suuremmat silmälasien korjaustarpeet tiedotettiin omaisille tai kotihoitoon, mikäli siellä asialle voitaisiin tehdä jotain. Hoitajat huolehtivat, että lasit otettiin käyttöön aamulla ja etteivät ne hävinneet, rikkoutuneet tai vaihtuneet osastolla. Asiakkaat eivät aina tuoneet silmälasia hoitojaksolle mukaan tai he eivät käyttäneet niitä, mikä tuli ilmi näköä vaativissa toiminnoissa kuten viriketoiminnan yhteydessä tai muistitestin aikana. Jos toimintaan tarvittiin hyvää näköä, muistutti hoitaja asiakasta silmälasien käytöstä. Heikkoa näköä voitiin epäillä, jos asiakas törmäili, jätti lääkkeen lääkekupin pohjalle tai pöydälle tai lika vaatteissa tai huoneessa jäi huomaamatta muutoin siistiltä henkilöltä. Akuutin silmäongelman takia voitiin pyytää kaksi kertaa viikossa Pakilakodissa käyvä lääkäri paikalle. Hoitojaksolla ilmenneet ei-akuutit näköongelmat jätettiin kotiin hoidettavaksi, mutta jos tila vaati heti

hoitoa ja lääkäri ei ollut paikalla, soitettiin sairaalan päivystykseen tai asiakas lähetettiin päivystyspoliklinikalle.

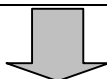
5.1.2 Toiminnan ristiriitoja

Ristiriitoja nykyisessä näönhuollossa olivat hoitotyön periaate, joka pyrki ottamaan ihmisen huomioon kokonaisuutena ja tietämättömyys asiakkaan näön tilasta. Lyhytaikaishoidon tavoitteena oli tukea ikääntyneen itsenäisyyttä ja kotona asumista, jolloin tärkeää olisi tukea näkökyvyn säilymistä. Asiakkaan käytöksen tai toimintakyvyn laskun syytä ei aina tiedetty ja toimintakyvyn arvio ja hoito perustuivat joskus epävarmoihin tietoihin. Kotihoito tai omaiset saattoivat tiedottaa asiakkaan näkökyvystä tai hoitajat arvioivat sitä haastattelun tai havainnoinnin avulla. Keinot eivät olleet riittävät luotettavaan arviointiin ja hoitajat kokivat epävarmuutta sen suhteen. Kun näön toiminnasta ja silmälasien todellisesta hyödystä ei ollut tietoa, ei näön ja apuvälineen käyttöäkään voitu aina kannustaa kuntouttavan työotteen mukaisesti.

Arveltiin, että liikuntarajoitteisuus oli silmälääkärissä tai optikolla käynnin este, mutta hoitojaksolla havaittuihin näköongelmiin ei koettu olevan muuta keinoa, kuin asiasta ilmoittaminen kotihoitoon tai omaisille. Hoitajien erilaiset koulutustaustat antoivat vaihtelevia valmiuksia näön arviointiin ja iän, yleissairauksien tai lääkityksen vaikutuksista näkemiseen kaivattiin lisätietoa. Hoitajat kiinnittivät huomiota valaistukseen tukeakseen asiakkaiden toimintakykyä, mutta he kokivat sen riittävyyden silti huonoksi erityisesti asiakkaiden huoneissa. Osa hoitajista epäili valaistuksen yhteyttä hoitojaksolla sattuneisiin kaatumisiin. Valaistusongelmat olivat kaikkien tiedossa, mutta hoitajat eivät kokeneet voivan itse tehdä mitään asian korjaamiseksi. Ristiriitojen ratkaisemiseksi hahmoteltiin keinoja (taulukko 2), joiden avulla muutos parempaan piti tapahtua.

TAULUKKO 2. Ristiriidat ja osaratkaisut näönhuollon toiminnassa.

Ristiriita	Osaratkaisut	Tavoite
1. hoitajien eritasoinen tietopohja näöstä	1. opas yleissairauksien ja lääkityksen vaikutuksesta näkemiseen 2. koulutustilaisuudet iän vaikutuksesta näkemiseen	Lisätä tietoa näöstä.
2. näön arvioinnin epävarmuus	1. välineet kauko- ja lähinäön arviointiin 2. opastus arviointiin	Löytää yhtenevä ja luotettava tapa arvioida näköä osana toimintakyvyn arviointia.
3. asiakkaiden hoitamattomat näköongelmat	1. tulohaastattelu ja näönarviointi pohjana hoitosuosituksille 2. kokonaisvaltaisen näönhuollonpalveluiden tarjoaminen hoitojaksolla	Havaita näön alenemat ja tarjota mahdollisuutta jatkotutkimuksiin ja silmälasien hankintaan hoitojaksolla.
4. valaistuksen heikkous osastolla	1. valaistusarviointi 2. valaistusmuutokset	Muuttaa osaston valaistus toimintakykyä tukevaksi.



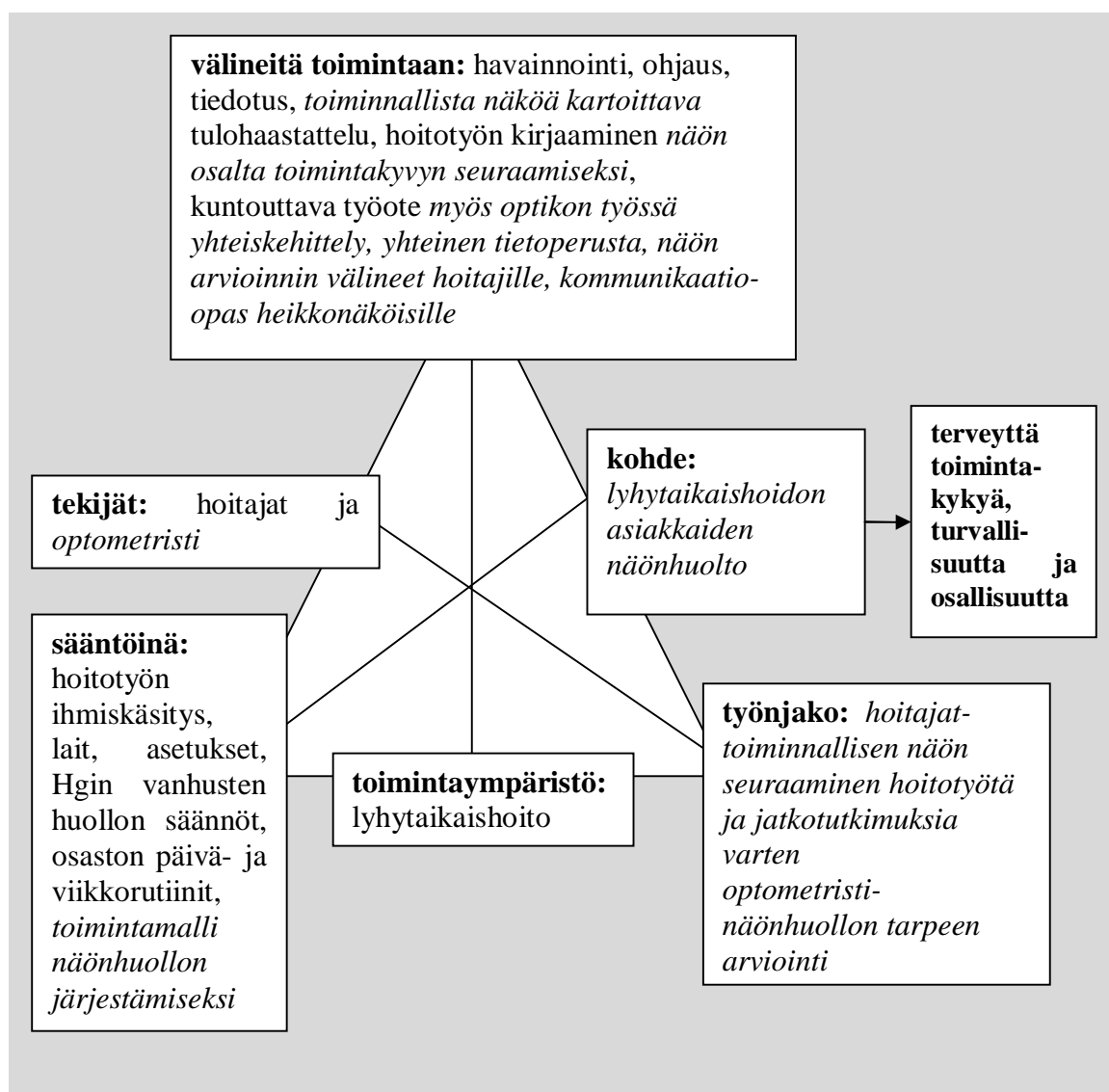
TERVEYS, TOIMINTAKYKY, TURVALLISUUS JA OSALLISUUS

5.2 Työn laadulliset muutokset näönhuollossa toimintamallin suunnittelu- ja pilotointijakson aikana.

5.2.1 Yhteiskehittely

Näönhuollon parantamiseksi kehitettiin toimintamalli hoitajien ja optometristien yhteistyönä. Se tarkoitti käytännössä uusia tehtäviä ja työnjaosta sopimista. Kun palvelukokonaisuus hahmoteltiin, oli säännöistä sovittava ja työvälineet (kuvio 4) luotava sellaisiksi, että päästiin tavoiteltuun lopputulokseen. Hoitajien käsitykset hyvästä näöstä, jota määriteltiin terveytenä, toimintakykynä, turvallisuutena ja osallisuutena, oli lähtökohtana ja toiminnan tavoitteena, johon toiminnan kohde tähtäsi.

KUVIO 4. Lyhytaikaishoidon näönhuolto pilotointivaiheen jälkeen.



Alkutila-analyysi toi neljä ristiriitaa esiin, joihin haettiin osaratkaisut. Kehittämistyö eteni vaiheittain prosessina uusien työvälineiden tarpeen ilmaantuessa. Vaiheet olivat analysointi, kehittämistyöstä päättäminen, suunnittelu, käyttöönotto, arviointi ja uudelleen kehittäminen. Kehittämiskohteet, joista oli päätetty ennen tutkijan tekemää ristiriita-analyysiä, olivat näönarvioinnin opas, joka sisälsi tietoa yleissairauksien ja lääkityksen vaikutuksista näkemiseen ja valaistusarviointi. Kehittämistyö oli optometristiopiskelijoiden vastuulla ja hoitajien osallistuminen oli verrattain vähäistä. Tutkijan osallistuminen kehittämisprosessiin toi hoitajille mahdollisuuden osallistua omien työvälineittensä kehittämiseen. Haastatteluissa ja palavereissa esiin nousseita kehittämiskohteita olivat koulutustilaisuudet aiheena iän vaikutus näkemiseen,

tulohaastattelun näköosio, kommunikointiopas heikkonäköisille ja toiminnallisen näön seurannan kirjaaminen. Näiden ratkaisujen avulla pyrittiin vaikuttamaan paineisiin, joita ristiriidat loivat.

Jokaisen kehittämiskohteen vastuhenkilö nimettiin, joka oli joko hoitaja, optometristiopiskelija tai tutkija. Organisaatioiden johdoilta eli Pakilakodin johtajalta tai osastonhoitajalta sekä optometrian osahankkeen johtajalta kysyttiin luvat kehittämistarpeen ilmaantuessa. Toiminta vaati resursseja eli työaikaa ja materiaalikustannuksia, mutta ne pyrittiin pitämään kohtuullisina ja johto suhtautui kehittämistoimintaan kannustavasti. Asiakkaat otettiin myös mukaan kehittämiseen haastatteleamalla heitä. Vastuhenkilö toi oman näkemyksen kohteesta arvioitavaksi, johon muut ottivat kantaa opinnäytetyöseminaareissa, koulutus- ja ohjaustilaisuuksissa tai palavereissa. Välineet otettiin käyttöön sitä mukaa, kun ne valmistuivat ja arviota toimivuudesta kerättiin kyselyllä, havainnoimalla tai keskustellen palavereissa. Palautteen anto oli edellytys kehittämistoiminnassa. Esimerkiksi optometristiopiskelijat ja tutkija antoivat palautetta hoitajille näönarvioinnin ohjaustilanteissa tehdystä arvioinnista ja kertoivat parempia toimintatapoja, mikäli siihen oli aihetta. Hoitajat taas ehdottivat parannusehdotuksia häiriötilanteissa, joita syntyi kun opiskelijat tai tutkija eivät osanneet ottaa huomioon etukäteen kohdattavia ongelmia. Mikäli tarve uudelleen kehittämiseen oli ja siitä päätettiin, jatkui prosessi uudelleen suunnitteluun.

7.3. Näönarvioinnin opastus 1A:ssa

Hoitajan mielestä asiakkaan on vaikea pitää linssejä itse, sillä käsi ei taivu lainkaan koholle tai heikko kunto estää käden pidempi aikaisen ylhäällä pidon. Hoitaja ehdotti silmälasisankamallisia testilinssejä käytettäväksi. Näönarviointi on huoneissa hankala suorittaa, sillä niissä on liian pimeää. Valaistusongelma oli etukäteen tiedossa. Taulun ripustamiseen ei ole kiinnitetty mitään huomiota, vaikka sekin asia oli tiedossa jo aikaisemmin. Testaustilanteessa oli ratkaisu kuitenkin löytynyt. Näöntarkkuusmerkinnät tuntuivat liian pieniltä, mutta hoitajat muuttavat itse suuremmiksi.

3.5. Palaveri: Kolme hoitajaa, minä, 4 opiskelijaa.

Opiskelijat kävivät D-osastolla näyttämässä näönarvioinnin ja siellä esiin tuli taulun sekavuus dementia-asiakkaille. Hoitajat ehdottivat rivien tai numeroiden rajaamista. Keskustelimme näönarvioinnista ja valaistusongelmasta. Hoitaja ehdotti uudeksi paikaksi ruokailutilaa, jossa taulun paikalle voitaisiin ripustaa väliaikaisesti näöntarkkuustaulu.

Kolmen metrin tutkimusetäisyys on helposti saavutettavissa ilman mitään järjestelyitä ja oviverhon saa kiinni, joten yksityisyys ja rauha testaamisen ajaksi on turvattu.

Yhteiskehittely vaati yhteisen tietoperustan luomista. Tutkija ja optometristiopiskelijat opiskelivat geriatria ja gerontologiaa avoimessa ammattikorkeakoulussa ja itsenäisenä opiskeluna kirjallisuuteen tutustuen. Lisäksi he tutustuivat kirjallisuuden ja seminaarien avulla toimintakyvyn ja kuntouttavan työotteen käsitteeseen. Hoitajat osallistuivat koulutukseen, jossa aiheena olivat iän vaikutus näkemiseen ja ikääntyneen näön arviointi. Itsenäiseen opiskeluun kehitettiin opas, jossa kerrottiin näön osatekijöistä sekä silmäsairauksien ja lääkityksen vaikutuksesta näköön. Yhteistä tietopohjaa luotiin lisäksi tiedon vaihdolla, mikä oli olennainen tekijä avoimen ilmapiirin luomisessa. Ammattirajoista ei pidetty tiukasti kiinni, vaan oman alan tieto annettiin käyttöön. Tämä ilmeni muun muassa kommunikointioppaan kehittämisessä afaatikoille, josta seuraava ote tutkijan päiväkirjamerkinnöistä.

18. 6. Palaveri ----- kanssa

Kerroin idean kommunikaatio-oppaan jatkokehittämisestä heikkonäköiselle ja ---- piti kehittämis ehdotusta hyvänä ja tärkeänä. Kerroin ajatukseni, että teen hänelle sumulasit, joiden avulla hän voi itse arvioida kuvien ja tekstin selvyyttä heikkonäköisen silmin. Kävimme läpi kuvan ja tekstin kannalta tärkeät seikat eli viivan leveyden ja väliin jäävän tilan merkityksen sekä hyvän kontrastin ja pinnan kiillottomuuden tärkeyden. Kuvat ovat valmiita kuvia papunet.net -sivustolta, joista ---- valitsee lyhytaikaisjaksolla tarvittavien tilanteiden kannalta tärkeimmät. Ongelmaksi hän kertoi tunteista kertovat kuvat, joita pitäisi olla enemmän, sillä afaatikko ei muutoin pysty ilmaisemaan tunteitaan. Aloitamme kuitenkin valmiista kuvista. Hän suurentaa kuvat, muuttaa niitä tarvittaessa ja tummentaa ja paksuntaa ääri viivat. Hän tekee muutaman esimerkin, joita testamme sumulasien kanssa. Sovimme, että näemme parin päivän kuluttua.

20.6. Palaveri ----- kanssa

---- oli tehnyt useita kuvamalleja erikokoisina ja kahdella eri viivan paksuudella. Mukanani olivat silmälasit ----- lukulasivahvuudella ja peitin linssin lähes kokonaan kontaktimuovilla neljään kertaan, jolloin näöntarkkuus lähitestitaulun mukaan oli 0.1 eli vastaa virallista heikkonäköisyyden ja sokeuden välistä näkökykyä. Lasien yläosan jätin vapaaksi, jota ---- voi käyttää normaalisti lähityöhön. Tekstityypiksi ehdotin Verdanaa, koko 36, isot kirjaimet ja paksunnos. ---- testaa toimiiko se hyvin ja muuttaa tarvittaessa. Hän tekee sen kesälomallaan.

Näin ----, joka oli tehnyt kommunikaatio-oppaan valmiiksi. Se näytti hyvältä ja selkeältä. Sivut olivat A4-kokoisia ja teksti oli rakennettu niin, että jokaisen kirjaimen väliin tuli ylimääräinen välilyönti tekstinkäsittelyohjelmalla. Ehdottamani tekstityyppi ei siis riittänyt sujuvaan lukemiseen. Kuvan suurennoksen jälkeen hän oli vielä vahvistanut ja tummentanut osan reunoista, jonka jälkeen hän oli leikkaa-liimaa -periaatteella yhdistänyt kuvat ja tekstin. Työläs tapa, mutta kontrasti oli hyvä ja kuvan tärkein asia tuli esiin selkeästi. Sovimme, että koulutustilaisuudessa kerron perusidean ja ---- kertoo, miten hän valitsi kuvat ja teki oppaan.

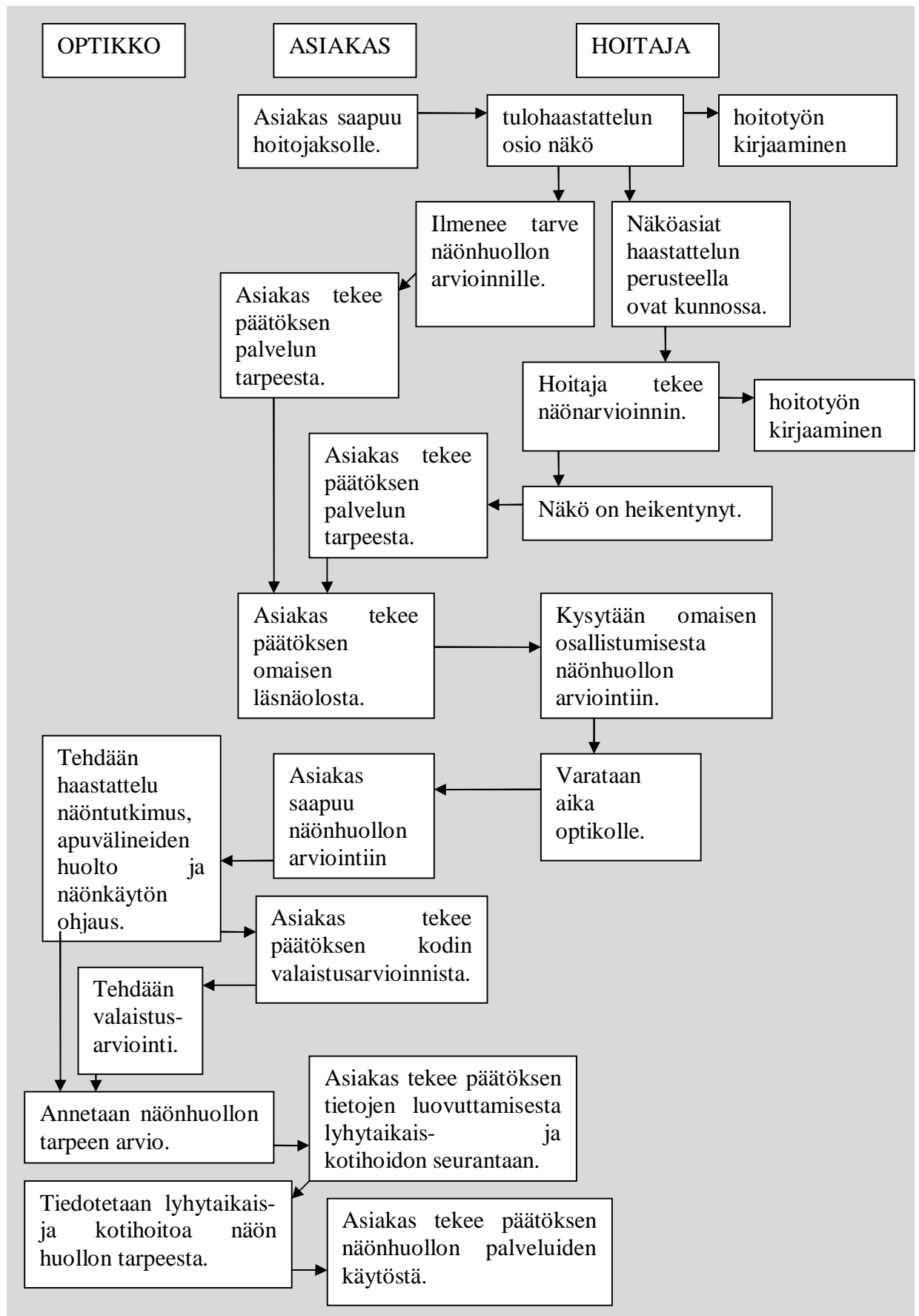
Kommunikaatio-oppaan kehittämisen tavoitteena oli, että hoitajat pystyisivät itsenäisesti soveltamaan tietoa jatkossa muissa vastaavissa tilanteissa ja, että hoitajat ja optometrismi kykenisivät kommunikoimaan paremmin afaattikkojen kanssa näönarvointi ja -tutkimustilanteissa. Kehittämistä jatkettiin, koska afaattikoille toivottiin näönarvointiin kuvia, joiden avulla asiakas voi ilmaista itseään näköasioissa sekä optotyyppejä vastaavia osoitinkuvia.

Tulohaastattelun näköosiota kehitettiin yhtenäisen toimintatavan, näköasioiden seuraamisen ja asiakasvalikoinnin helpottamiseksi. Ohjeistusta haastatteluun näön osalta ei ollut olemassa, joten hoitajat kysyivät kukin erilaisia asioita. Kehittämisen lähtökohdaksi otettiin ne kysymykset, joita hoitajat olivat aikaisemmin kysyneet näköön liittyen. Tutkija kokosi ne kyselylomakkeen avoimesta kysymyksestä, joka oli osa optometrismiopiskelijoiden keräämää aineistoa. Ne käytiin läpi ja hyväksyttiin kehittämispalaverissa ennen pilotointijaksoa, jolloin testattiin ensimmäinen versio. Tarkoituksena oli valikoida ne asiakkaat, joilla oli vaikeuksia näön suhteen jollain osa-alueella tai silmälääkärin tutkimuksesta oli kulunut aikaa useampi vuosi. Kysymykset toimivat tutkimuksen kannalta hyvin, sillä ne antoivat taustatietoja asiakkaista ja se lisäsi tutkijan ymmärrystä ilmiöstä, mutta normaali hoitotyön tueksi näköosion kehittämistä jatkettiin.

5.2.2 Työnjako

Pilotointijaksolla testattiin toimintamallia, josta tutkija teki prosessikartan helpottamaan palvelukokonaisuuden hahmottamista. (kuvio 5) Prosessikartan avulla nähtiin toiminnan työnjako ja toimintojen ajallinen kulku.

KUVIO 5. Näönhuollon prosessi.



Hoitajien työssä tapahtuneita muutoksia olivat toiminnallisen näön arviointi osana toimintakyvyn arviointia ja toiminnallisen näön muutosten seuraaminen pidemmällä aikavälillä sekä asiakasvalikointi jatkotutkimuksiin. Toimintakykyä hoitajat olivat aikaisemminkin arvioineet näön osalta, mutta muutos liittyi välineisiin, joita kehitettiin arvioinnin tueksi. Nämä olivat näönarviointiopas hoitajille ja tulohaastattelun näköosio. Hoitajat saivat ohjeistuksen, kuinka näöntarkkuus- ja lukutaulun avulla arvioitiin toiminnallista näköä. Näön arviointi aloitettiin keväällä 2006, jolloin asiakkaiden näköä arvioitiin ensin satunnaisesti. Kehittämispalaverin jälkeen toukokuussa sovittiin aktiivisemmasta jaksosta ennen kesälomia, jonka jälkeen he täyttivät kyselylomakkeen arviointivälineiden käytettävyydestä varten. Pilotointijaksolla syksyllä arviointi tehtiin lähes kaikille, joiden näköä optikko ei tutkinut ja joulukuussa 2007 hoitajat päättivät aloittaa säännöllinen toiminnallisen näön seurannan osana toimintakyvyn arviointia. Näönseuranta päätettiin aloittaa asiakkaista, jotka olivat periodijaksolaisia eli käyvät säännöllisesti hoitojaksolla ja arviointi tullaan tekemään puolen vuoden välein tai tarvittaessa useammin.

Tulohaastattelun ja toiminnallisen näön arvioinnin avulla hoitajat tekivät asiakasvalikoinnin jatkotutkimuksiin. Valikoinnin tavoitteena oli löytää oikeat asiakkaat optikon tutkimuksiin ja toisaalta välttää ”turhat” käynnit. Siinä onnistuttiin hyvin, kun mittarina käytettiin tehtyjä toimenpiteitä ja jatkosuosituksia, joita asiakkaille annettiin näön hoitamiseksi. Toiminnallisen näön arvioinnin perusteella hoitajat eivät varanneet yhtään optikon aikaa, mikä osaltaan kertoo myös onnistuneesta asiakasvalikoinnista tulohaastattelun avulla. Näön arviointi lisäsi tietoa hoitajien käyttöön niistä asiakkaista, joille ei optikon aikaa varattu. Tietojen kirjaaminen näönarvioinneista oli suunnittelematonta, joten kehittäminen hoitotyön kirjaamisen osalta jatkui. Hoitajien työhön näönarviointi toi varmuutta, sillä tieto asiakkaiden näön tilasta auttaa ymmärtämään asiakkaan toimintaa ja käytöstä. Epäilykset huonosta näöstä pystyttiin varmistamaan ja ikääntyneen heikentyneen toimintakyvyn syyksi voitiin epäillä muuta kuin näköä, jos ongelmaa siinä ei havaittu. Näönarvioinnin yhteydessä asiakkaan kanssa näköasioista puhuttiin myös enemmän.

Optometristin tehtävänä oli tehdä mahdollisimman kattava näönhuollon tarpeen arviointi asiakkaille, joille hoitaja varasi ajan. Uusina työvälineinä kehitettiin näöntutkimuksen alkuhaastattelu ja kotona tehtävä valaistusarviointi.

Valaistusarvioinnit kotona tehtiin optometristiopiskelijoiden toimesta ja muutosten vaikutusta toimintakykyyn arvioidaan tulevan opinnäytetyöhön liittyen. Työvälineeksi voidaan myös sanoa työtettä, jota optometristi toteutti osaltaan hoitoon osallistuvana terveydenhuollon ammattilaisena. Asiakkaan sairauksien ja voimavarojen huomioiminen oli edellytys toiminnalle ja jäljellä olevien voimavarojen käyttöön muutoinkin kuin näön suhteen pystyi optometristi rohkaisemaan ja vaikuttamaan. Tällöin kysymys oli kuntouttavasta työotteesta. Se toteutui näön ja apuvälineiden käytön ohjauksessa ja oman näön hoitoon kannustamisena sekä tavassa, jolla annetaan asiakkaalle mahdollisuus tehdä asiat ja päätökset omalla ajallaan ja tavallaan.

Alkuhaastattelu (liite 3) oli olennainen osa näönhuollon tarpeen arviointia. Tutkijan ensimmäisenä tavoitteena oli toiminnallisen näön arviointi siihen valmiiksi kehitettyjen kysymyssarjan avulla. Näin olisi ollut mahdollista seurata näössä tapahtuvia muutoksia mittaamalla toiminnallinen näkö kysymysten avulla kahteen kertaan. Asiakkaiden keskittymiskyky ja kysymysten ymmärtämisen vaikeus olivat syitä, miksi tutkija luopui valmiista kysymyssarjasta ja tutkija päätyi vapaampaan haastatteluun, johon kehittyi pilotointijakson aikana oma kaavake. Haastatteleamalla Näkökeskus Vision optikkoa, sai tutkija lähtökohdan kysymyksille, joita haastattelussa olisi hyvä kysyä. Kun kysymyksessä oli kuitenkin liikuntaesteiset asiakkaat, muotoutui kaavake vähemmän liikkumiseen painottuvaksi.

Optometristiopiskelijat ja tutkija kokivat ikääntyneet haastaviksi asiakkaiksi, joiden monet sairaudet ja heikkoudet määrittivät näöntutkimustilannetta. Väsymys rajoitti monien testien käyttöä ja perinteinen taittovirheenmäärittäminen objektiivisesti ja subjektiivisesti rajautui usein lähinnä objektiiviseen tarkastukseen. Käsitys hyvästä näöstä laajeni ymmärrykseen hyvään toiminnalliseen näköön. Toiminnallisen näön riittävyys oli myös asiakkaan tarpeista lähtevää ja näönhuollon tavoitteiden piti perustua asiakkaalle tärkeisiin asioihin. Ikääntyvien kohtaaminen herätti aluksi paljon epävarmuutta, sillä esimerkiksi kuulon ongelmat, dementia, Parkinsonin tauti, liikunta- ja kommunikaatiovaikeudet olivat asioita, joista ei ollut juurikaan kokemusta optometristiopiskelijoilla eikä tutkijalla näöntarkastusten yhteydessä. Hoitajat pyrkivät helpottamaan kohtaamisia asiakasvalikoinnilla, muistuttamalla asiakasta etukäteen tarkastuksesta tai he punnitsivat ajankohdan sopivuutta asiakkaan voimavaroja ajatellen. Tietämättömyys ja kokemattomuus vähenivät kohtaamalla useampia asiakkaita,

hoitajien esimerkkiä seuraten ja kirjallisuuteen tutustuen, mutta puutteet osoittivat optometristien kouluttautumisen lisätarpeen gerontologian suhteen.

Optikon palvelut ikääntyneiden kanssa poikkesivat normaalista näöntutkimustilanteesta, sillä silmäsairauksien ja –leikkausten yleisyyden takia ei optikko saanut määrätä silmälaseja. Uusien silmälasien ja silmälääkärissä käynnin tarpeen optikko pystyi silti arvioimaan samoin kuin kodin valaistusmuutos tarpeen. Asiakkaat saivat myös tietoa silmäsairauksista, ohjeita silmälasien käytöstä ja valaistukseen sekä apuvälineiden käytön ohjausta, huoltoa ja sovitusta. Silmälääkärin vastaanotoista, joihin pääsee helposti pyörätuolilla, kaivattiin myös tietoa. Näönhuollon arviointiin liittyi omaisen läsnäolo, mikäli se oli mahdollista. Omaiset kertoivat asiakkaiden näkötilanteesta ja -ongelmista kotona täydentävästi ja päätös silmälääkärikäynnistä tai valaistusarvioinnista syntyi useimmiten jo tutkimustilanteen aikana, jos omainen oli läsnä.

5.3 Toimintamallin yhteys terveyttä edistäviin päätöksiin ja näköön liittyvään toimintakykyyn

Pilottijakso oli neljä viikkoa, jonka aikana saapui 32 uutta asiakasta viikon tai kahden viikon hoitojaksolle. Hoitaja teki tulohaastattelun, varasi näöntutkimukseen ajan tarvittaessa tai arvioi asiakkaan toiminnallisen näön kauas ja lähelle. Kahdeksalta asiakkaalta ei näkötilannetta arvioitu aikaisemman tiedon (3) tai kommunikaatio-ongelman takia (2), asiakkaan kieltäytyessä (2) tai toimijoiden epähuomion takia (1). Ajantasainen tieto näöstä kirjattiin 27 tutkittavasta, joista kaksi eli 7,4 % olivat toiminnallisesti sokeita ja kaksi eli 7,4 % olivat heikkonäköisiä. Optikon tekemiä näönhuollon arviointeja tai muita kontakteja oli yhteensä 17 ja hoitajien näönarviointeja kahdeksan. Yleisimmät syyt optikon tarkastukseen olivat heikentynyt näkö (5) ja edellisen näöntutkimuksen ajankohta (4). Optikon tekemät näönhuollon arvioinnit ja muut kontaktit kuvattiin koosteeseen (liite 4) toimenpiteiden, suositusten, näöntarkkuuden muutosten ja terveyttä edistävien päätösten osalta. Kooste antaa kuvan näönhuoltoa koskevista päätöksistä pilotointijakson ajalta ja sitä seuraavan viikon ajalta, jolloin tutkija vielä tapasi tutkittavia.

Yhteensä silmälääkärissä käyntejä suositeltiin kymmenelle (59 %) seitsemästätoista tutkittavista, ja yhdelle tutkittavista oli silmälääkäriaika jo tilattu. Kaihiepäilyn tai sen seurannan takia suositeltiin silmälääkärissä käyntiä kolmelle, yhdelle tutkittavista silmälääkärää suositeltiin kohonneen silmänpaineen, yhdelle silmänpohjan muutosepäilyn ja yhdelle uusien lukulasien ja neljälle siksi, että silmälääkärin tutkimuksesta oli kulunut aikaa enemmän kuin kaksi vuotta. Neljän tutkittavan kohdalla yhdeksästä asiaa lähti hoitamaan asiakkaan kanssa lähiomainen tai kotihoito. Yksi tutkittavista ei kokenut näköongelmaa tai tarvetta käydä silmälääkärissä huolimatta selvästä lähinäön heikkoudesta. Tutkittavista kolme eivät ilmaisseet mitenkään tutkijalle päätöksestään ja kaksi arvelivat käynnin ajankohdaksi ensi kevään. Yhdelle tutkittavista kaihi oli aiheuttanut pahan toiminnallisen haitan ja hän kävi silmälääkärissä omaisen avustuksella. Tutkittava sai lähetteen kaihileikkaukseen.

Pilotointijakson tutkittavista kolmelle optikko suositteli uusia silmälaseja toiminnallisen näön parantamiseksi. Yksi tutkittava ei myöntänyt näköongelmaa ja kaksi muuta tutkittavaa eivät tehneet päätöstä silmälasien hankkimiseksi. Pilotointijakson tutkimusotokseen kuului lisäksi henkilö, jonka näkö oli tutkittu aikaisemmin syksyllä opiskelijoiden tekemänä ja hänelle opiskelijat järjestivät silmälääkärissäkäynnin ja silmälasit tutkiakseen uusien silmälasien vaikutusta toiminnalliseen näköön. Näöntarkkuuden muutoksina mitattuna kolme asiakasta hyötyivät saman tien optikon ohjeistettua oikeaan apuvälineen eli silmälasien tai suurennuslasin käyttöön. Toiminnallisen näön muutoksia kokivat samat tutkittavat, jotka hyötyivät näöntarkkuuden muutoksesta. Tutkittava, joka sai kaihileikkaukseen lähetteen, oletetaan myöhemmin hyötyvän leikkauksesta sekä näöntarkkuuden, että toiminnallisen näön suhteen. Yksi tutkittavista koki näkötilanteensa parantuneen silmien vetistyksen vähennyttyä.

Optikon toimenpiteitä näöntarkastuksen lisäksi olivat silmälasien käytön ohjeistus (3), silmälasien taivutus (3), suurennuslasin huolto, pariston vaihto (1) ja valaistusarvioinnit (4), jotka suoritettiin optometristiopiskelijoiden toimesta ja tulokset ovat myöhemmin luettavissa heidän opinnäytetyössään. Palveluun sisältyi tiedon antoa glaukoomasta, kaihista, näkökenttäpuutoksista, kuivasta silmästä ja silmälääkärin vastaanotoista, joihin pääsee helposti pyörätuolilla ja rollaattorilla.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET

Toimintamallin kehittämisen lähtökohtana olivat asiakaslähtöisyys, korjaamattomien näön alenemien vähentäminen ja toimintakyvyn parantaminen. Asiakaslähtöisyyttä selvitettiin teoriaosuudessa, jonka mukaan asiakkaan omista tarpeista lähtevä palveluiden joustava järjestäminen oli toiminnan edellytys (Grönroos 1987: 45). Ennen toimintaa haastateltiin lyhytaikaishoidon asiakkaita ja he kokivat optikon tarkastukset tarpeelliseksi ja myös itselleen hyödylliseksi. Asiakkaalle tärkeiden toimintojen kartoitus oli näönhuollon tarpeen lähtökohtana ja tarpeita pyrittiin kartoittamaan optikon tekemällä alkuhaastatteluilla, jossa näkemisen eri osa-alueet kysyttiin yksityiskohtaisesti. Liikuntarajoitteisen asiakkaan toiveet näön suhteen kohdistuivat useimmiten lukemiseen ja tv:n katseluun liikkumisen vähyydestä johtuen. Kokonaisvaltaisen näönhuollon palveluiden tarjoaminen oli ideaaliratkaisu, jolloin silmälääkärin tutkimus, silmälasien sekä muiden apuvälineiden hankkiminen ja huolto olisivat sisältyneet hoitojaksolla saataviin palveluihin. Silmälääkärinä ei tutkija onnistunut hoitojaksolle järjestämään ja siksi näönhuollon toimintamalli rakentui hoitajien ja optometristien väliseksi yhteistoiminnaksi. Toimintamallin pilotointivaiheen järjestelyissä otettiin huomioon toimintaympäristön mahdollisuudet ja asiakkaiden toiveet. Pilotointiaika oli lyhyt ja kertaluonteinen, jolloin toiminnan jatkumattomuus vaikeutti kokonaisvaltaisen palvelun tarjoamisen ja käytön. Tarkoituksena oli tarjota silmälasien ja muiden apuvälineiden hankintamahdollisuutta hoitojaksolla, mutta päätökset käydä silmälääkärissä ja järjestää käynti olivat jo oma aikaa vievä prosessinsa, jolloin silmälasien hankinta seuraavan hoitojakson aikana ei enää ollut mahdollista.

Silmälääkärikäynnin järjestämiseksi tutkija oli suunnitellut palveluohjauksen kaltaista toimintaa, jossa optikko olisi toiminut palveluohjaajana. Tällöin sopimuksen mukaisesti optikko olisi ollut asiakkaan mukana silmälääkärissä ja toiminut tarvittaessa asiakkaan edunvalvojana. Palveluohjaus olisi ollut niitä asiakkaita varten, joille tutkimuksiin pääsy esimerkiksi liikkumisen takia oli este tai heikko terveydentila esti yksin asioimisen. Jos asiakas ei saa saattajaa silmälääkärin käynnille mukaan, on hän vaarassa jäädä ilman hoitoa. Pilotointijakson asiakkaat olivat omatoimisia, mikä hoitajien ja asiakkaiden haastatteluissa kävi ilmi jo etukäteen ja siten myös he olivat halukkaita järjestämään tutkimuksessa käynnit itsenäisesti tai omaisen kanssa. Yhden asiakkaan

pääsy kotoa esti täysin silmälääkäriissä käynnin, mutta hänen kohdallaan tuleva hoitajakso veteraanikuntoutuksessa oli ratkaisuna. Mikäli tällaista mahdollisuutta ei olisi ollut, ei hänen kohdallaan olisi ollut muuta vaihtoehtoa kuin ambulanssikuljetus silmälääkäriin tai silmälääkäriin käynti Pakilakodissa tai kotona. Optometristiopiskelijat olivat järjestämässä yhdelle pilotointijaksolla olevista asiakkaista näönhuollon. He järjestivät silmälääkäriin, olivat tutkimuksessa mukana ja hoitivat silmälasien sovituksen asiakkaan kotona. Tällöin saatiin hieman kokemuksia palveluohjauksen kaltaisesta toiminnasta.

Näönheikkouksien havaitseminen oli toimintamallin tavoite. Pilotointijaksolla viiden asiakkaan näköä ei optikko tai hoitaja mitannut. Pelkkä seulonta ei kuitenkaan ikääntyneillä johda hoitoon ja hoitamattomien näön heikkouksien vähentymiseen (Smeeth ym. 2003: 1027), joten optikon tekemillä jatkotoimenpiteillä hoitopaikassa pyrittiin vaikuttamaan toiminnallisen näön paranemiseen. Näin kävi kolmen asiakkaan kohdalla jo hoitajakson aikana ja yhden asiakkaan näössä tulee todennäköisesti tapahtumaan muutosta parempaan kaihileikkauksen jälkeen Samoin asiakkaan, jonka näköasiat hoidettiin optometristiopiskelijoiden tukemana, näöntarkkuus parani uusilla laseilla, mutta vaikuttavuus toiminnallisuuteen ei ollut vielä selvillä.

7 POHDINTA

7.1 Luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan usein validiteetin ja reliabiliteetin käsitteillä, mutta toimintatutkimukseen ne soveltuvat huonosti. Laadullisen tutkimuksen olettamuksena ei ole yksi todellisuus, vaan se korostaa tutkijan subjektiivisuutta ja totuuden rakentumista tulkintojen kautta. Myöskään saman tuloksen saavuttaminen uusintamittauksilla ei muutoksessa ole pyrkimyksenä. (Heikkinen – Syrjälä 2007: 148.) Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteerejä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. Uskottavuus tarkoittaa tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta sekä sen osoittamista tutkimuksessa. Tutkimuksen tekijän on siis varmistettava, että tulokset vastaavat tutkimuksen osallistuneiden henkilöiden käsityksiä

tutkimuskohteesta (Kylmä - Juvakka 2007: 128.), mikä varmistettiin käymällä läpi alkutila-analyysi ja työn laadulliset muutokset yhdessä hoitajien kanssa. Näin tutkija halusi varmistaa, ettei jokin asia saa liian paljon painoarvoa. Luotettavuutta lisäsi kehittäminen aidossa ympäristössä, jolloin olemassa olevat rakenteet pystyttiin huomioimaan ja haastateltavat olivat tiedon intressin kannalta parhaita lähteitä. Uskottavuutta heikentävänä tekijänä oli tutkijalle vieras kehittämisympäristö ja hoitokulttuuri, mutta ulkopuolisena tutkija saattoi havaita asioita, joita työntekijät eivät itse näe omassa työssään. Uskottavuutta vahvisti se, että tutkija oli seurannut hankkeen etenemistä ennen omaa osallistumista tutkijana ja oli usein tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa. Tutkija pyrki lisäämään ymmärrystään tutustumalla kirjallisuuden avulla hoitotyöhön liittyviin vieraisiin käsitteisiin. Ilmiön ymmärtäminen oli tällöin näinkin lyhyen ajan sisällä eli yhden vuoden aikana mahdollista. Uskottavuutta vahvistaa aineiston moninaisuus, jolloin ilmiöstä saadaan monipuolinen kuva ja tutkimuspäiväkirja, jossa tutkija pohti kokemuksiaan ja valintojaan. Tutkimustietoa asiakaslähtöisyydestä ja aiempia kokemuksia toimintamalleista hyödynnettiin kehitettävän mallin pohjana.

Siirrettävyys tarkoittaa tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. Tutkimuksen tekijän on annettava riittävästi kuvailevaa tietoa tutkimuksen osallistujista ja ympäristöstä, jotta lukija voi arvioida tulosten siirrettävyyttä. (Kylmä - Juvakka: 2007: 128.) Kehittämistutkimuksen alkutila-analyysissä kuvailtiin näönhuollontoimintaa, mutta myös muuta lyhytaikaishoidon toimintaa ennen toimintamallin kehittämistä, jolloin varmistettiin lukijalle, minkälaisesta kehittämisympäristöstä oli kysymys. Siirrettävyyttä omiin tarkoitukseen voidaan näin arvioida eri osatekijöiden kautta.

Vahvistettavuus liittyy koko tutkimusprosessiin ja edellyttää tutkimusprosessin kirjaamista niin, että toinen tutkija voi seurata prosessin kulkua pääpiireissään. (Kylmä - Juvakka 2007: 129.) Raportissa pyrittiin kuvaamaan kehittämisprosessin eri vaiheet jakamalla tutkimustehtävät ja niiden tulokset ajallisena jatkumona. Kehittämisvaihetta tutkija kuvasi esimerkein, jotta lukija saisi kuvan yhteistoiminnallisuudesta.

Refleksiivisyys on toimintatutkimuksen peruskäsitteitä. Uuden kehittäminen perustuu aikaisemman toiminnan reflektointiin (Engeström 1998: 124-125.) Tässä

tutkimuksessa se ilmeni ristiriita-analyysin hyödyntämisenä kehittämisen lähtökohtana. Kaikki kehittämiskohteet olivat toiminnassa esiintyneiden ongelmien osaratkaisuja. Refleksiivisyys edellyttää sitä, että tutkimuksen tekijän on oltava tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä. Hänen on arvioitava, kuinka hän vaikuttaa aineistoonsa ja tutkimusprosessiinsa sekä kuvattava lähtökohdat tutkimusraportissa, (Kylmä - Juvakka 2007: 128.) sillä tutkija ymmärtää kohdettaan aikaisemman elämäkokemuksensa avulla (Heikkinen – Syrjälä 2007: 152). Tutkijan moninainen rooli oli hankala ja oman työn reflektointi tutkijana ja tutkimuskohteena eli optometristinä sekä toiminta optometristiopiskelijoiden yhteyshenkilönä tai opettajana oli haastava kokemus. Monet osallistumisen roolit sekoittivat tutkijan keskittymistä kehittämistavoitteisiin ja se vaikutti heikentävästi päätöksiin kehittämisprosessin aikana. Ristiriitaa tutkija koki erityisesti silloin, kun hän oli erimieltä optometristiopiskelijan kanssa välineen toimivuudesta tai kehittämisen aikataulusta. Tutkijan vastuu kehittämistoiminnasta työntekijöille oli suuri ja tutkija olisi toiminut toisin, jos kyse ei olisi ollut myös optometristiopiskelijoiden oman oppimisen prosessista. Omia lähtökohtiaan ei tutkija raportoinut, mikä heikentää luotettavuutta. Tutkimuspäiväkirjassaan tutkija kävi läpi lähtöolettamuksiaan ja muuttuneita käsityksiään sekä kokemuksiaan monien roolien tuomista ongelmista.

7.2 Eettiset kysymykset

Helsingin Seniorisäätiön hoitokodin Pakilakodin kanssa tehtiin hankesopimus 25.5.2005. Tutkija esitteli aiheen 31.10.2006 Pakilakodin johtajalle ja hoitoyksikön yhdyshenkilölle, jonka jälkeen kehittämistyö tutkijan toimesta voitiin aloittaa. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto antoi luvan kesäkuussa 2008 lyhytaikaishoidon asiakkaiden haastatteluiden tekemiseen ja heidän osallistumiseensa toimintamallin mukaiseen näönhuollon tarpeen arvioon. Kehittämishankkeesta tiedotettiin hoitohenkilökuntaa koulutusten yhteydessä ja asiakkaita kirjallisella tiedotteella (liite 5). Kaikkien osapuolten osallistuminen oli vapaaehtoista. Tutkija pyysi asiakkailta kirjallisen suostumuksen sekä haastatteluihin, että toimintamallin mukaiseen näönhuollon tarpeen arviointiin (liite 6 ja 7). Tutkimuksen teossa tutkija pyrki noudattamaan eettisesti hyvää tieteellistä käytäntöä, rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa, esittämisessä sekä avoimuudessa tutkimustulosten julkaisemisessa.

Haastattelunauhat sekä muu kerätty tutkimusmateriaali säilytettiin lukitussa tilassa ja tuhottiin tutkimuksen päätyttyä. Tutkija pyrki muiden tutkijoiden työt ja saavutukset huomioimaan asianmukaisesti. Suunnittelu, toteutus ja raportointi pyrittiin toteuttamaan tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti. Kirjallisessa osiossa ei tulosten esittelyssä yksittäisen henkilön tiedot erotu ja anonymiteetti pyrittiin turvaamaan sekä hoitohenkilökunnan, että hoitoyksikön asiakkaiden kohdalla.

7.3 Kehittämisehdotukset

Toimintamallin kehittäminen jatkui lyhytaikaisosastolla tulohaastattelun ja kirjaamisen osalta. Kehittämisehdotuksia näön arviointiin sekä valaistuksen ja silmälasien vaikuttavuustuloksia julkaistaan ensi keväänä, joten toimintamalli täydentyy projektin loppua kohden. Kehittämisympäristönä oli lyhytaikaishoito, jossa asiakkaille oli pääsääntöisesti voimavaroja ja mahdollisuuksia omatoimisesti hakeutua näönhuollon palvelujen piiriin. Omaisen roolina oli usein järjestää jatkohoito, kyyditä tai toimia saattajana. Tutkimusten mukaan ikääntyvien näönheikkouksien yleisyys laitoshoidossa oli suurempi ja siksi kehittämiskohteena seuraavaksi olisi testata toimintamallin toimivuutta pitkäaikaishoidon osastolla. Toimintaympäristönä se on sääntöineen ja vastuineen oma tapauksensa, joten toimintajärjestelmän osatekijät olisi tarkasteltava uudelleen.

Toimintamallin vaikuttavuutta olisi syytä tutkia pidemmän ajanjakson puitteissa. Se edellyttäisi säännöllistä toimintaa osastolla, joka mahdollistaisi samanaikaisen välineiden kehittämisen ja parantamisen. Pidempi seuraamisen ajanjakso mahdollistaisi muutosten mittaamisen toimintakyvyssä suuremmalta tutkimusjoukolta. Silmälasien tai muiden apuvälineiden hankinta ja käyttöönotto olisi myös mahdollista järjestää hoitolaitoksessa, sillä päätösten teko saattaa olla hidasta ja apuvälineen käyttöön kypsyttään pikkuhiljaa.

Kun arvioidaan palveluprosesseja, mittarien pitäisi mitata asiakkaille arvoa tuottavia asioita ja näönhuollon toimintamallissa näköön liittyvä toimintakyvyn paraneminen on hyvä muuttuja. Asiakkaille tärkeä arvo on myös terveys ja huomioitava olisikin

varhaisessa vaiheessa havaitut silmäsairaudet, sillä hoidon aloittaminen aikaisessa vaiheessa voi parantaa mahdollisuuksia hidastaa taudin etenemistä.

Yksityisiä palveluita pitäisi mielestäni käyttää laajemmin ja rohkeammin kehottaa ikääntynyttä hoitamaan terveyttään omalla kustannuksella. Moni ikääntynyt saattaisi ostaa ja käyttää palveluita, mikäli hänelle suositeltaisiin niitä rohkeasti ja palvelu järjestetään kotiin tai ainakin pääsy palvelun tarjoajan luo tehdään helpoksi. Laitostumisen ja hoidon myötä itsenäinen terveyspalveluiden hakeminen saattaa heiketä ja ikääntynyt odottaa muiden päättävän hänen puolestaan terveyteen liittyvistä asioista. Ikääntyneen liikkumis- ja dementiaongelmat saattavat hankaloittaa palvelun saamista ja sukulaisten tai hoitohenkilökunnan vaivaaminen ei ole mielekäästä, sillä se tarkoittaa itsenäisyyden vähentymistä. Tällöin motivoinnilla on erityisen suuri merkitys. Suositusten antaminen jatkotutkimuksiin tai palveluihin on mielestäni alan asiantuntijan tehtävä. Tällöin on toimittava hyvän etiikan mukaisesti, jolloin ikääntynyt ymmärretään toimijana, joka on kykenevä ottamaan vastuun oman elämän hallinnasta. Alan asiantuntijat osaavat perustella monipuolisesti palvelun tarpeen, eivätkä myöskään lannistu helposti vastoinkäymisistä. Jos ikääntynyt ei näe merkitystä palvelulla ja sen yhteyttä oman terveyden edistämiseksi, ei hän hakeudu palvelun luokse tai tilaa sitä kotiinsa. Palveluiden tarjonnasta, hinnoista sekä niiden laatueroista on tiedettävä, sekä iän vaatimat erityispiirteet on osattava myös ottaa huomioon palveluita suunnitellessa.

LÄHTEET

Asetus 564/1994. Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä.

Asplund, R. 2000: Sleep, health and visually impairment in the elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 30. 7-15.

Blomgren, Sanna 2005: Toimivia palveluohjauksen elementtejä etsimässä? Kirjallisuuskatsaus Suomalaisista palveluohjaustutkimuksista. STAKES. Helsinki. 43-44.

Brown, Gary C. 1999: Vision and quality-of-life. *Trans Am Ophthalmol Soc*. 97. 473-511.

Crews, John E. - Valluru, Balarami - Campbell, Vincent A 2005: The effects of comorbidities among older people with vision impairment. *Vision 2005 International Congress Series 1282*. 375-379.

Colenbrander August 2005: Visual functions and functional vision. *Vision 2005 International Congress Series 1282*. 482-486.

Dargent-Molina, P. - Favier, F. - Grandjean, H. - Baudoin, C. - Hausherr, E. - Meunier, P.J. - Bréart, G. 1996: Fall-related factors and risk of hip fracture: the EPIDOS prospective study. *The Lancet* 348. 145-149.

Donati, Guy - Braun, M.W. - Christiaen, Markus.-P. 2005: The visual impairment in the geriatric population: Preliminary results of the study "To see in residential care". *Vision 2005 International Congress Series 1282*. 100-104.

Eekhof, J.A.H. - De Bock, G.H. - Schaapveld, K. - Springer, M.P. 2000; Effects of screening for disorders among the elderly: an invitation study in general practice. *Family Practice* 17 (4). 329-333.

Engeström, Yrjö 1998: Kehittävä työntutkimus. Perusteita, tuloksia ja haasteita. Hallinnon kehittämiskeskus. Helsinki. 87-99.

ETENE 2001: Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE-julkaisuja 1. Helsinki.

Evans, Bruce J. W. - Rowlands, Gillian 2004: Correctable visual impairment in older people: a major unmet need. Review article. *Ophthalmic and Physiological Optics* 24. 161-180.

Evans, Jennifer R. - Fletcher, Astrid E. - Wormald, Richard P. L. 2007: Depression and anxiety in visually impaired older people. *American Academy of Ophthalmology* 114. 283-288.

- Grönroos, Christian 1987: Hyvään palveluun. Palvelun kehittäminen julkishallinnossa. Valtionhallinnon kehittämiskeskus, Suomen kaupunkiliitto ja Suomen kunnallisiitto. Helsinki. 10-52.
- Grönroos, Eija 2006: Työn organisointi ja työnjako terveydenhuollon erityisaloilla. Hankesuunnitelma. 2-3.
- Hannus, Jouko 1995: Prosessijohtaminen. Ydinprosessien uudistaminen ja yrityksen suorituskyky. HM&V Research Oy. Espoo. 32-91.
- Harri-Lehtonen, Oili – Isosaari, Immu – Laitinen, Petri – Luomaranta, Sirpa – Talvenheimo-Pesu, Anne – Tartia-Jalonen, Aila – Viippola, Aulikki: 2005: Voimavaroja etsimässä. Ikäihmisen kuntoutusneuvola. Kuntoutuksen kehittämisyhdistys ry:n julkaisuja. Helsinki. 8–9.
- Heikkinen, Hannu L.T. – Syrjälä, Leena 2007: Tiede, totuus ja toimintatutkimus. Teoksesta Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Toimittaneet Heikkinen – Rovio – Syrjälä. Kansanvalistusseura. Helsinki. 152.
- Heikkinen, Riitta-Liisa – Kauppinen, Markku 2004: Depressive symptoms in late life: a 10-year follow-up. Archives of Gerontology and Geriatrics 38. 239-250.
- Karhunen, Sirkka – Salminen, Marjatta – Suomi, Asta 2004: Ennaltaehkäisevät kotikäynnit ja palveluohjaus – hyvä käytäntö. Tiivistelmä Jyväskylän sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisusta 1/2004: Että ihmisellä on väyliä, voimavaroja ja haaveita. Ehkäisevät kotikäynnit ja ennakoiva palveluohjaus- uusi voimaannuttava toimintamalli seniori ja vanhustyöhön. 1-5.
- Kivelä, Sirkka-Liisa 2006: Geriatrien hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006/30. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. 23.
- Klein, Barbara – Moss, Scot E. – Klein, Ronald – Lee, Kristine E. – Cruickshanks, Karen J. 2003: Associations of visual function with physical outcomes and limitation 5 years later in an older population. Ophthalmology 110 (4). 644-650.
- Kylmä, Jari –Juvakka, Taru: 2007: Laadullinen terveystutkimus. Edita. Helsinki. 127-133.
- Laine, Markus - Bamberg, Jarkko – Jokinen, Pekka 2007: Tapaustutkimuksen taito. Gaudeamus Helsinki University Press. Helsinki. 9-12.
- Laitinen, Arja - Koskinen, Seppo - Härkänen, Tommi - Reunanen, Antti - Laatikainen, Leila - Aromaa, Arpo 2005: A Nationwide Population-Based Survey on Visual Acuity, Near Vision and Self-Reported Visual Function in Adult Population in Finland. American Academy of Ophtalmology. 2227-2237.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.

Laukkanen, Pia 1998: Iäkkäiden henkilöiden selviytyminen päivittäisistä toiminnoista. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. 67.

Lehto, Markku 2007: Tie hyvään vanhuuteen. Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007: 8. 13-20.

Lotvonen – Väänänen-Sainio 2003: Ehkäisevät kotikäynnit ikääntyneille Höytyällä ja Kaukovainiolla. Loppuraportti. Oulun kaupungin sosiaali- ja terveystoimi. 9-10.

Lupsakko Taina 2004: Functional visual and hearing impairments in a population aged 75 years and older in the city of Kuopio in Finland. Associations with mood and activities of daily living. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. 40-44.

Löfman, Päivi 2006: Itsemääräämisen edistäminen. Osallistavan toimintamallin kehittäminen reumapotilaiden hoitotyöhön. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto. 64-65.

Massof, Robert W. - Rubin, Gary S. 2001: Visual Function Assessment Questionnaires. Survey of Ophthalmology 45. 531-548.

Mattinen, Hannu 2006: Asiakkuusosaaminen. Kuuntele asiakastasi. Talentum. Helsinki. 41-43.

Myers, A.H. – Young, Y. – Langlois, J.A. 1996: Prevention Falls in the Elderly. Bone 18 (1) Supplement. 87S-101S.

Mäkinie mi Marja, – Routasalo, Pirkko – Pitkälä, Kaisu 2005: Asiakaslähtöisyys kuntoutustyössä - ikäihmisen kuntoutuspolun solmukohtia. Teoksessa Kuntoutuspolun solmukohtia. Toimittaneet Pitkälä – Savikko – Routasalo. Vanhustyön keskusliitto. Tutkimusraportti 10. Helsinki. 123.

Mäntyranta, Taina – Elonheimo, Outi – Brommels, Mats 2006: Näkökulmia terveyspalveluiden tarpeen käsitteeseen. Teoksesta Terveyspalveluiden suunnittelu. Toimittaneet Mäntyranta – Elonheimo – Mattila – Viitala. Duodecim. Helsinki. 45-46.

Oksanen, Birgitta 2006: Toimintamallin kehittäminen laitospotilaiden suun terveydenhoitoon. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadian julkaisuja. Sarja C. Opinnäytetyöt 10. 55-60.

Pager, Chet K. 2004: Assesment of visual satisfaction and function after cataract surgery. Journal of Cataract and Refractive Surgery 30. 2510- 2516.

Pelto-Huikko, Antti - Karjalainen, Karoliina - Koskinen-Ollonqvist, Pirjo 2006: Terveiden edistämisen toimintamallit. Terveiden edistäminen hankkeissa kehitettyjen toimintamallien arviointi ja kehittäminen. Terveiden edistämisen keskuksen julkaisuja 4. Helsinki. 29-60.

- Perälä, Marja-Leena – Rissanen, Pekka – Grönroos, Eija – Hammar, Teija – Pöyry, Päivi – Noro, Anja – Saalasti-Koskinen, Ulla – Teperi, Juha 2004: Asiakkaan ohjausmallin arviointi. 15-18.
- Pirilä, Kaarina. 2006a: Optometristin toiminnan ja asiantuntijuuden kehittäminen gerontologisessa näönhuollossa. Hankkeen väliraportti. 2.
- Pirilä, Kaarina 2006b: Iäkkäiden toiminnallista näköä tukeva malli gerontologiseen optometriaan. Työsuunnitelma.
- Pitkälä – Savikko – Routasalo 2005: Asiakaslähtöisyys ja potilaskeskeisyys sosiaali- ja terveyden huollossa. Teoksessa Kuntoutuspolun solmukohtia. Toimittaneet Pitkälä – Savikko – Routasalo. Vanhustyön keskusliitto. Tutkimusraportti 10. Helsinki. 110-111.
- Savikko, N. – Routasalo, P. – Tilvis, R.S. – Strandberg, T.E. – Pitkälä, K.H. 2005: Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. Archives of Gerontology and Geriatrics 41. 223-233.
- Savola, Elina - Koskinen-Ollonqvist, Pirjo 2005: Terveysten edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Terveysten edistämisen keskuksen julkaisuja sarja 3. 80-94.
- Sorsa, Minna 2002: Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveyspalveluissa. Pro gradu – tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. 64-66.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2006: Ikäihmisen toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006. Helsinki. 2-6.
- Sloan, Frank A - Östermann, Jan - Brown, Derek S - Lee, Paul P 2005: Effects of Changes in Self-Reported Vision on Cognitive, Affective, and Functional Status and Living Arrangements Among the Elderly. American Journal of Ophthalmology. 618e1-618.e12.
- Smeeth, Liam – Fletcher, Astrid E - Hanciles Smita – Evans, Jennifer – Wormard, Richard 2003: Screening older people for impaired vision in primary care: cluster randomised trial. British Medical Journal 327: 1027.
- Smeeth, Liam – Iliffe, Steve 2006; Community screening for visual impairment in the elderly. Cochrane Database of Systematic Reviews 3. CD001054.
- Strandberg, Timo – Tilvis, Reijo 2003: Geriatriinen preventio. Teoksesta Geriatria. Toimittaneet Tilvis – Hervonen – Jäntti – Lehtonen – Sulkava. Duodecim. Helsinki. 328-341.

- Stek, M.L. – Gussekloo, J. – Beekman, A.T.F. – van Tilburg, W. – Westendorp, R.G.J. 2004: Prevalence, correlates and recognition of depression in the oldest old: the Leiden 85-plus study. *Journal of Affective Disorders* 78 (3). 193-200.
- Swanson, Mark W. 2006: *The Elderly*. Teoksesta Borish's Clinical Refraction. Toinen painos. Toimittanut William J. Benjamin. Butterworth Heinemann. 1579-1584.
- Toljamo, Maisa – Haverinen, Riitta – Finne-Soveri, Harriet – Malmivaara, Antti – Sintonen, Harri – Voutilainen, Päivi – Mäkelä, Marjukka 2005: Ehkäisevien kotikäyntien vaikutukset iäkkäiden toimintakykyyn. Systemaattisiin kirjallisuuskatsauksiin perustuva menetelmäarvio. STAKES. Helsinki. 43-46.
- Uusitalo, Risto - Brans, Tiina - Cand, Med - Pessi, Timo - Tarkkanen, Ahti 1999: Evaluating cataract surgery gains by assessing patients' quality of life using the VF-7. *Journal of Cataract and Refractive Surgery* 25: 989-994.
- Virtanen, Petri – Wennberg, Mikko 2005: Prosessijohtaminen julkishallinnossa. Edita. Helsinki. 40-114.
- Voutilainen, Päivi – Heinola, Reija 2006: Terveystieteen edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006: 19. Helsinki. 68-69.
- Voutilainen, Päivi – Vaarama, Marja – Peipponen, Arja 2002: Asiakaslähtöisyys. Teoksesta Ikäihmisen hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. STAKES oppaita 49. 38-40.
- Vu, H.T.V. – Keeffe, J.E. – McCarty, C.A. – Taylor, H.R. 2005: Impact of unilateral and bilateral vision loss on quality of life. *British Journal of Ophthalmology* 89. 360-363.
- Watson, Gale R. 2001: Low Vision in the Geriatric Population: Rehabilitation and Management. *Journal of American Geriatrics Society*. 317-330.
- Wendell, Lynne 2003: Examining the elderly population. *Strategies for the optometrist. Optometry Today*. 7.4.2003. 31-34.
- Ylikoski, Tuire 1998: Unohtuiko asiakas? Perustietoa palvelujen markkinoinnista. Kypäpalvelu Oy. 24-26.
- Östberg, Anders – Löth, Anne – Gustafson, Deborah – Lindblom, Bertil 2006: Skövde Cataract Study. Prevalence of Lens Opacities in the Swedish Community. *Ophthalmology* 113. 970-975.

HOITAJIEN HAASTATTELUIDEN TEEMAT

1. Koulutus ja työkokemus hoitoalalta.
2. Hoitajan työnkuva.
3. Pakilakodin lyhytaikaishoidon näönhuolto.
4. Asiakkaiden mahdollisuudet hoitaa näköään.
5. Ikääntyneen hyvä näkeminen.

ASIAKASHAASTATTELUIDEN TEEMAT

1. Näönhuollon palvelut, joita asiakas on käyttänyt viimeisen kolmen vuoden aikana.
2. Tämän hetkinen näkötilanne.
3. Mitä asiakas ymmärtää hyvällä näöllä?
4. Mahdollisuudet käyttää optikon ja silmälääkärin palveluita.
5. Asiakkaan mielipide Pakilakodissa järjestetystä näönhuollon tarpeen arvioinnista.
6. Toiveita tai kehittämis ehdotuksia ikääntyneiden näönhuollon järjestämiseksi.

Näöntarkastuslomake

Päivämäärä: _____

Asiakas: _____ Syntymäaika: _____

Yhteystiedot: _____

Anamneesi: _____

Viimeisin silmälääkäritutkimus: _____

Silmälasien hankinta-ajankohta: _____

Silmäleikkaukset: _____

Silmäsairaudet: _____

Silmälääkitys/näköön vaikuttava lääke: _____

Yleissairaudet: _____

Näkemisen osa-alueet:

- lukeminen
- muu lähelle näkeminen
- käsityöt
- kauas näkeminen
- television teksti/kuva
- kasvojen tunnistus
- häikäistyminen ulkona
- häikäistyminen sisällä

Silmälasit: od _____ v = _____
os _____ v = _____

add _____ v = _____ etäisyys: _____

Muut käytössä olevat näkemisen apuvälineet:

Näöntarkkuus ilman laseja: od = _____ / os = _____

Refraktio: od _____ v = _____
os _____ v = _____

Silmien lihastasapaino:

Stereonäkö _____

Kontrastiherkkyys _____

Silmänpaineet _____

Sormiperimetria _____

Amslerin kartta _____

Oftalmoskopia _____

Silmälasimääritys: od _____ v = _____
os _____ v = _____

lähikorjaus: _____ v = _____ etäisyys: _____

Muut suositeltavat apuvälineet tai toimenpiteet:

PILOTOINTIVAIHEEN ASIAKASKÄYNNIT

Oireet ja syy tarkastukseen	Optikon tekemät toimenpiteet ja suositukset	Terveyttä edistävät/heikentävät päätökset	Näöntarkkuuden muutos	Toiminnallinen muutos
1.Ei ongelmia näössä. Edellisestä tarkastuksesta oli pitkä aika.	Suositus: Lukulasit. Silmälääkärin tutkimus.	Ei mene silmälääkäriin, koska ei koe omaavansa näköongelmia.	Lukunäkö 0,1 ilman laseja ja 0,4 laseilla.	Ei muutosta.
2.Ei ongelmia. Ei muistanut edellistä tarkastusajan-kohtaa.	Ei toimenpiteitä. Silmälääkärin tutkimus ollut alkuvuodesta.	-----	Ei muutosta.	Ei muutosta.
3.Silmien kirvely ja vetistäminen.	Suositus: Kostutustippojen käyttö.	Päätti hankkia kokeilun jälkeen kostutustippoja, joista oli ollut apua.	-----	Miellyttävämpi olo, kun silmät eivät kirvele ja vuoda.
4.Uusilla lukulaseilla näkö huono.	Ohjeistus lukulasien katselu-etäisyyksistä.	Päätti ottaa lukulasit käyttöön ja telineen, jossa lehti pysyy oikealla etäisyydellä.	Lukunäkö 0,2 ennen ohjausta ja 0,4 ohjauksen jälkeen.	Asiakas pystyi itse lukemaan lehdet ja kirjat, aikaisemmin puoliso luki.
5.Todettu kaihi. Ongelmana silmien väsyminen ja päänsärky lukiessa.	Tietoa kaihista. Valaistusarviointi Suositus: lukulasit ja silmälääkärissä käynti.	Veteraanikuntoutuksen yhteydessä pyytää silmälääkärin tutkimuksen. Ei hanki laseja ennen kaihileikkausta.	Lukunäkö 0,4 vaivoin ilman laseja, lukulaseilla 0,4 sujuvasti.	Ei muutosta. (Valaistus-arviointi kesken)
6.Lähinäkö hieman vaivannut käsitöitä tehdessä.	Toimenpiteet: Silmälasien oikaisu ja katseluetäisyyden ohjeistus. Suositus: Silmälääkärin tutkimus.	Omainen varasi silmälääkäriajan.	Ei muutosta.	Ei muutosta. (Valaistus-arviointi kesken)
7. Heikkonäköinen. Näkö hieman heikentynyt.	Pariston laitto suurennuslasiin.	Asiakas opetteli valon käytön suurennuslasissaan.	Lukunäkö ilman valoa 0,03 ja valolla 0,045.	Lehden normaali tekstiä pystyi seuraamaan 5 cm:n päästä, aikaisemmin vain otsikoita.
8. Halusi tietää paraneeko 2 kk sitten menetetty toisen silmän keskeinen näkö laseilla.	Tiedonanto siitä, että näkö ei parane vahvuutta vaihtamalla.	Omainen oli varannut jo silmälääkärin ajan.	-----	-----
9. TV:n teksti ei näy kauempaa. Näkö heikentynyt kesän jälkeen.	Silmälasien taivutus. Suositus: Silmälääkärille, sillä silmänpohjan muutoksesta epäily.	Hoitaja otti yhteyttä kotihoitoon ja pyysi tarkistamaan, miksi silmänpohjankuvia ei ole otettu lähivuosina.	Ei muutosta.	Ei muutosta.

LIITE 4
2(2)

Oireet ja syy tarkastukseen	Optikon tekemät toimenpiteet ja suositukset	Terveyttä edistävät/heikentävät päätökset	Näöntarkkuuden muutos	Toiminnallinen muutos
10. Ei käytä uusia kauko -ja lähilasejaan, josta omainen huolissaan.	Selvitys, missä tilanteissa silmälasit auttavat.	Päätös käyttää kaukolaseja hoitojaksolla TV:n katselussa, muutoin ei halua käyttää laseja.	Kaukonäkö ilman laseja 0,32(-2)/ <0,1, laseilla 0,63(-2) /0.32	TV:n teksti näkyy osastolla, jossa TV on kauempana kuin kotona.
11. Lukeminen ei onnistu ja TV:n teksti ei näy.	Suositus: silmälääkärin tutkimus, sillä kaihi tehnyt asiakkaasta toiminnallisesti heikkonäköisen.	Omainen varasi silmälääkäriajan, josta sai lähetteen kaihileikkaukseen.	Silmälaseilla ei parannusta.	Ei muutosta, leikkausjonossa.
12. Ei ongelmia. Omainen halusi, että näkö tarkistetaan.	Suositus: silmälääkärin tutkimus, sillä siitä oli aikaa yli kaksi vuotta.	Ei kokenut tarvetta jatkotutkimuksiin, sillä näkö oli hyvä.	Ei muutosta.	Ei muutosta.
13. Ei ongelmia, silmälääkärissä käynnistä 4 vuotta.	Suositus: silmälääkärin tutkimus, sillä siitä oli aikaa yli kaksi vuotta. Valaistusarviointi	Ei kokenut tarvetta jatkotutkimuksiin, sillä näkö oli hyvä.	Ei muutosta.	(Valaistus-arviointi kesken)
14. Ei ongelmia, silmälääkärissä käynnistä 10 vuotta.	Silmälasien taivutus. Suositus: silmälääkärin tutkimus, silmänpaineet normaalin ylärajoissa.	Omainen varasi silmälääkäriajan.	Ei muutosta.	Ei muutosta.
15. Näkö saattanut heikentyä.	Valaistusarviointi.	-----	Ei muutosta	Ei muutosta (Valaistus-arviointi kesken)
16. Ei ongelmia. Silmälääkärillä käynnistä yli 20 vuotta.	Suositus: silmälääkärin tutkimus, sillä edellisestä tarkastuksesta pitkä aika.	Ei tehnyt päätöstä, mutta sanoi harkitsevansa silmälääkärin tutkimusta.	Ei muutosta.	Ei muutosta.
17. Ei ongelmia. Ei käynyt koskaan optikolla tai silmälääkärissä.	Suositus: silmälääkärin tutkimus, sillä toisessa silmässä kaihi epäily. Miedommat lukulasit.	Ei tehnyt päätöstä, mutta sanoi harkitsevansa silmälääkärin tutkimusta.	Lukunäkö 0,4 omilla valmislaseilla, katseluetäisyys oli 25 cm. Miedommalla vahvuudella parempi etäisyys.	Ei muutosta.

TIEDOTE

NÄÖNHUOLLON TOIMINTAMALLIN KEHITTÄMINEN LYHYTAIKAISOSASTOLLA 1A

Stadian hankkeessa ”Työn organisointi ja tehtävänjako terveydenhuollon erityisaloilla” tarkoituksena on tuottaa tietoa ikääntyvien toimintakykyä tukevista toimintatavoista. Pakilakodin 1A osaston henkilökunta, sen asiakkaat ja optometrian sekä terveyden edistämisen koulutusohjelman opiskelijat kehittävät yhdessä kuntoutumista tukevan näönhuollon toimintamallin.

Tutkimuksen ensimmäisen vaiheeseen liittyy Pakilakodin lyhytaikaisosaston 1A asiakkaiden haastattelut, jotka tehdään elokuussa. Tavoitteena on selvittää, miten ikääntyneiden näönhuolto järjestetään asiakaslähtöisesti ja mitä esteitä on näönhuollon palveluiden käytössä. Haastattelun analyysiä käytetään lähtökohtana ikääntyneiden näönhuollon toimintamallin suunnittelussa.

Tutkimuksen toisessa vaiheessa hoitajien ja optometristien väliseen yhteistyöhön kehitettyä toimintamallia testataan noin kolmellekymmenelle (30) asiakkaalle, jolloin suoritetaan näöntarkastus ja näönhuollon tarpeiden kartoitus tarpeen mukaan. Toimintamallin yhteyttä toiminnalliseen kykyyn arvioidaan näön mittauksilla ja kyselyllä, joka tehdään ennen näönhuollon arviointia ja sen jälkeen. Mittaukset tehdään loka-marraskuussa.

Osallistuminen haastatteluihin ja näöntarkastukseen on vapaaehtoista. Jokaiselta haastateltavalta ja toimintamallin testaamiseen osallistuvalla pyydetään kirjallinen lupa. Saatua tietoa käytetään luottamuksellisesti, ja tiedot ovat osa Stadiassa tehtävän tutkimuksen aineistoa. Tulokset julkaistaan siten, ettei kenenkään mukaan tulevan henkilöllisyyttä voida tunnistaa. Jokainen tutkittava saa näöntarkastuksesta henkilökohtaiset tulokset kirjallisesti, josta käy ilmi tutkittavan näkökyky ja mahdolliset suositukset lisätutkimuksiin.

Lisätietoja tutkimuksesta antaa:

optometristi Satu Autio, p. 050-517 3667, satu.autio@stadia.fi

Lisätietoja kehittämishankkeesta antaa tarvittaessa:

koulutuspäällikkö Saija Flinkkilä p. 050-324 7047, saija.flinkkila@stadia.fi

SUOSTUMUS

Suostun osallistumaan haastatteluun, jossa kartoitetaan lyhytaikaishoidon asiakkaiden mielipiteitä näönhuollon järjestämisestä.

Suostumuksia allekirjoitetaan 2 samansisältöistä kappaletta, joista toinen kappale jää tutkijoille ja toinen kappale asianosaiselle.

Helsinki / 2007

Haastatteluun osallistuvan tai häntä edustavan henkilön allekirjoitus.

Nimi_____

SUOSTUMUS

Suostun osallistumaan kehittämistutkimukseen, jossa arvioidaan toiminnallisen näön muutoksia. Tutkittavalle tehdään näöntarkastus, tarvittaessa asunnon valaistusarviointi ja arvioidaan näönhuollon tarve. Näöntarkastukset tehdään Pakilakodissa ja sen tekee optometristi Satu Autio.

Suostumuksia allekirjoitetaan 2 samansisältöistä kappaletta, joista toinen kappale jää tutkijoille ja toinen kappale asianosaiselle.

Helsinki / 2007

Tutkimukseen osallistuvan tai häntä edustavan henkilön allekirjoitus.

Nimi _____